

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
PROTHÈSE IMMÉDIATE
DANS LES RÉSECTIONS
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 26 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude MARTIN

Né le 17 mai 1843, à Saint-Etienne (Loire)

Médecin-Dentiste de l'Ecole du service de Santé militaire

Lauréat de l'Institut

Lauréat de l'Académie et de la Faculté de Paris

De la Société nationale de Médecine de Lyon (médaille d'or)

Membre de la Société nationale de Médecine de Lyon

Officier d'Académie



LYON

IMPRIMERIE DE A. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1893

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
PROTHÈSE IMMÉDIATE
DANS LES RÉSECTIONS
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 26 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude MARTIN

Né le 17 mai 1843, à Saint-Etienne (Loire)

Médecin-Dentiste de l'Ecole du service de Santé militaire

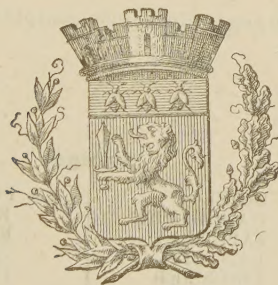
Officier d'Académie

Lauréat de l'Académie et de la Faculté de Paris

De la Société nationale de Médecine de Lyon (médaille d'or)

Membre de la Société internationale de Médecine de Lyon

Lauréat de l'Institut



LYON

IMPRIMERIE DE A. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN
GAYET. ASSESSEUR

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD

Professeurs

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	ROLLET
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique BEAUVISAGE. —

Agrégés

MM. AUGAGNEUR BEAUVISAGE CONDAMIN COURMONT DEROIDE DEVIC	MM. DIDELOT GANGOLPHE JABOULAY LANNOIS LINOSSIER PERRET	MM. POLLOSSON ROCHET RODET ROLLET (Et.) ROQUE ROUX	MM. VIALLETON WEILL BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé
---	--	---	---

M. ETIEVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ; MM. ROLLET (Ét.) et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MESSIEURS LES CHIRURGIENS
ET MÉDECINS DES HOPITAUX DE LYON

Je dédie ce travail



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552603_0014

AVANT PROPOS

Il est impossible, lorsque l'on propose une méthode nouvelle, d'attendre les résultats éloignés pour la présenter. Chaque fait, même récent, présente un enseignement; et d'autre part notre but a toujours été de soumettre le plus tôt possible, à la critique judicieuse des chirurgiens lyonnais, les cas où notre méthode de prothèse immédiate après la résection du maxillaire inférieur avait été appliquée. Nous l'avons fait d'autant plus volontiers, que les restaurations des pertes de substances de cette espèce, pratiquées suivant nos principes, empêchent, dès le début, les déformations inhérentes à toute résection partielle ou totale de la mâchoire inférieure, et d'autre part on peut constater, dès les premiers jours une restitution de la forme, et une récupération appréciable de la fonction.

Nous ne reviendrons pas ici sur les généralités relatives à la prothèse immédiate appliquée à ces résections. Ce que nous avons écrit précédemment reste, et nous n'aurons ici qu'à montrer, par les résultats éloignés que nous avons obtenus, le bien fondé de ce que nous avons pu avancer.

Nous avons dit au début de notre ouvrage sur la prothèse immédiate (1) que le but essentiel de notre méthode était la conservation de la forme et le rétablissement de la fonction. Nous sommes à même aujourd'hui de montrer par des observations datant de 6, 8, 10 et même 15 ans, que nous avons atteint le but que nous nous étions proposé. Les suites éloignées, les résultats tardifs, qui seuls permettent de juger une méthode, sont là pour le démontrer. Nous pouvons aujourd'hui compléter les observations que nous avons déjà publiées et montrer que, dans la généralité des cas, non seulement il y a eu persistance de bons effets de la prothèse, mais encore amélioration progressive.

Nous ne doutons pas que, si nos tentatives avaient pu s'exercer ailleurs que dans un milieu hospitalier, où les malades ont toujours hâte de rentrer chez eux, sont difficiles à suivre, négligent de faire modifier leurs appareils quand le besoin s'en fait sentir, nous eussions obtenu des résultats encore bien supérieurs.

Plusieurs de nos malades étaient des enfants. La croissance du maxillaire, l'éruption des dents venaient constamment changer les conditions de fixité et de stabilité des appareils que nous avons construits, et permettaient à une rétraction cicatricielle partielle de s'effectuer pendant que le malade attendait pour venir faire changer sa pièce. Or, c'est un point sur lequel nous avons insisté souvent et longuement; il faut avant tout, par la prothèse, s'opposer aux déformations dès le *début, dans la suite et toujours*, car la rétraction des

(1) *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires*, par C. Martin, 1889, Paris, Masson éditeur.

parties molles qui ne sont même plus cicatricielles est toujours là pour guetter la moindre négligence et profiter de la faute la plus légère. Un de nos malades, avait quitté son appareil pendant deux jours ; il fut impossible de le remettre et ce ne fut que très péniblement et après une longue perte de temps que nous avons pu réussir à ramener les tissus à la place qui leur convenait.

*
* *

Dans cette étude des résultats éloignés de la prothèse immédiate appliquée aux résections partielles ou totales de la mâchoire inférieure nous suivrons l'ordre suivant :

Dans un premier chapitre, nous exposerons les quelques objections qui ont été faites à notre méthode : nous montrerons que, contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs, nos appareils en caoutchouc vulcanisé n'occasionnent aucune gêne au malade, s'ils ont les dimensions voulues pour remplacer la partie réséquée, lorsqu'ils sont devenus amovibles. On a dit souvent aussi que, par leur présence en contact avec des tissus suspects, ils pouvaient déterminer une irritation continue et par suite provoquer la récidence ; nous verrons qu'il n'en est rien et cela avec observations à l'appui.

Dans un second chapitre nous envisagerons les résultats tardifs de ce genre de prothèse, au point de vue de l'esthétique. On pourra se rendre compte, par les figures que nous intercalerons dans ce travail, que la physionomie n'a rien de choquant, et que souvent à première

vue il serait absolument impossible de soupçonner qu'une portion du maxillaire inférieur est artificielle.

L'étude des résultats fonctionnels fera l'objet du troisième chapitre. On y verra que les fonctions de la mastication, de la déglutition et de la phonation sont liées à la présence de l'appareil et sont troublées complètement dès que la pièce prothétique est enlevée. Nous passerons en revue les causes de certaines déformations qui ont pu persister malgré la présence de la prothèse, telles que, retrait des branches montantes, quand la partie antérieure du maxillaire a été intéressée; déviation du menton, etc. etc.

Nous montrerons également que certaines fistules persistantes seraient évitées si l'on pouvait modifier les lignes d'incision dans les résections.

Comme pièces justificatives, nous donnerons, dans un quatrième chapitre, quelques observations complétées et menées jusqu'à ce jour. Nous aurions préféré publier une statistique générale; mais il nous a été impossible de retrouver tous nos malades et nous avons cru que la relation complète de l'histoire de quelques-uns de ces opérés serait plus démonstrative qu'une statistique à qui l'on fait dire un peu ce que l'on veut.

★
★ ★

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier les chirurgiens lyonnais qui ont bien voulu nous confier leurs malades et nous permettre d'appliquer

notre méthode dans leur service. Notre gratitude leur est acquise depuis longtemps ; qu'ils veulent bien ici en accepter de nouveau l'expression.

Monsieur le professeur Ollier nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. C'est un titre de plus à notre reconnaissance, car depuis longtemps ses judicieux conseils et son bienveillant appui ne nous ont jamais fait défaut.

CHAPITRE PREMIER

De quelques objections faites à la prothèse immédiate dans les résections du maxil- laire inférieur.

Les derniers travaux de chirurgie portant sur les restaurations de la face, montrent que les auteurs ont tous, sauf quelques restrictions, accepté la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur.

Boennecken cependant (1) dans un mémoire important, tout en admettant le principe de notre méthode, lui fait subir quelques critiques qu'il n'est pas difficile de réfuter.

Voici les principales : « La pièce de caoutchouc, dit l'auteur allemand, qui recouvre les parties molles et osseuses sectionnées, ne permet pas l'écoulement facile des sécrétions et l'on n'est pas sûr de l'asepsie de l'appareil... Dans la prothèse de M. Martin on fait un pas en arrière

(1) *Ueber Unterkiefer — Prothèse von Dr Boennecken. — Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft, Berlin, 1892.*

au point de vue du traitement de la plaie... Il place un corps étranger qui favorisera la rétention et dès lors la désinfection de la bouche étant impossible, c'est une grosse faute contre l'antisepsie. »

Nous avons de la peine à croire que Boennecken ait pu nous faire de semblables objections en supposant qu'il connaisse nos travaux en général et le fonctionnement de nos appareils en particulier.

La question de l'antisepsie de la cavité buccale nous a au contraire toujours préoccupé, et c'est pour cette raison que nous avons, dans nos pièces prothétiques, creusé des canaux d'irrigation s'ouvrant dans tous les points de la surface cruentée et par l'intermédiaire desquels il est facile de pratiquer des lavages antiseptiques. Nous étions tellement convaincu de l'efficacité des moyens que nous venions de mettre en usage, que nous n'avons pas craint d'aller faire nous-même les lavages, dans les salles d'hôpital, quand la température du malade s'élevait, pour montrer qu'avec quelques soins on pouvait pratiquer une désinfection complète et faire cesser immédiatement les accidents de rétention.

Boennecken continuant ses critiques fait observer que l'on trouve mention dans nos observations d'un cas d'érysipèle; d'un autre où il existait une fétidité particulière de la bouche, enfin de fistules, d'où l'auteur conclut : « Le nettoyage d'un appareil volumineux vissé, est impossible; des dépôts se produisent dans des endroits qu'on ne peut atteindre : de là des causes d'irritation. »

Nous ferons simplement remarquer que les cas qui tombent sous cette critique sévère sont précisément les premiers que nous ayons publiés avant d'avoir imaginé

et fait usage d'appareils avec canaux d'irrigation. D'autre part, en 1878, l'antisepsie était à peine employée et en tout cas ne l'était que d'une façon fort peu rigoureuse.

Les résultats que nous avons eû ultérieurement, et que Boennecken croit devoir passer sous silence, sont de nature à réfuter par eux-mêmes ces objections.

Quant à la fistule qui nous est reprochée, c'était même mieux que cela, puisqu'il s'agissait de l'orifice laissé par un drain volumineux, que l'on avait cru devoir placer en présence de la faible vitalité de tissus venant d'être traumatisés, et surtout du mauvais état général du malade.

Nous reviendrons du reste plus loin sur cette question.

Le volume de nos appareils effraye beaucoup l'auteur allemand.

« On ne comprend pas que M. Martin laisse dans la bouche pendant 8 à 18 mois un morceau volumineux de caoutchouc. Tous ceux qui ont observé des cas semblables ont pu voir que la muqueuse éprouve de grands changements grâce à la plaque de caoutchouc souillée. »

Non ceci est faux. Nous n'avons jamais vu nos appareils, qui sont volumineux, puisque c'est le but même de la méthode de remplacer immédiatement la partie osseuse enlevée, par une pièce de même valeur, nous dirions même volontiers d'un volume un peu supérieur pour faciliter la prothèse secondaire, nous n'avons jamais vu, disons-nous, nos appareils provoquer la moindre irritation sur les muqueuses. Si parfois les vis de platine ont pu déterminer des phénomènes douloureux, c'est que précisément des filets nerveux avaient été intéressés par

leur pointe, et il a suffi de changer la place de celle-ci pour voir cesser cet accident.

« Il faut aussi remarquer, dit encore Boenneken, qu'on intervient pour des tumeurs malignes, sans être jamais à l'abri d'une récurrence, d'où la grande utilité pour le malade d'avoir une plaie qui puissent être surveillée. La prothèse de M. Martin ne permet pas cela. »

Les observations que nous publions à la fin de cette étude répondent à ces critiques.

Un appareil qui n'a pas amené de récurrence depuis six à huit ans a bien des chances de n'en amener jamais. Un malade, opéré par M. le professeur Poncet pour un épithélioma du plancher buccal avec envahissement du maxillaire, a pu pendant plusieurs années porter un appareil de prothèse remplaçant tout le fer à cheval de sa mâchoire inférieure. Il mourut d'une pneumonie cinq ans après et jamais il n'y eut au niveau des surfaces sectionnées la moindre irritation ou la production de bourgeons de mauvaise nature. Il s'agissait cependant d'une tumeur dont la malignité est bien connue.

Voici d'autre part une observation que nous devons à M. Gangolphe, et qui montre combien nos appareils sont inoffensifs quand le chirurgien a enlevé la tumeur dans sa totalité.

OBSERVATION

Ostéosarcome (périostique) du maxillaire inférieur — Ablation de la moitié gauche de cet os — Prothèse immédiate — Restitution de la forme et de la fonction de la mâchoire — Pas de récurrence deux ans et demi après l'opération, le sujet ayant toujours conservé un appareil prothétique.

Sans insister ici sur les détails cliniques de cette observation nous dirons qu'il s'agissait d'un jeune garçon de dix-sept ans, atteint d'ostéosarcome ayant débuté vers l'angle gauche du maxillaire inférieur et se développant avec rapidité. Les couches musculaires de la joue commençaient à adhérer au néoplasme ; deux ganglions existaient dans la région sous-maxillaire gauche.

Le 2 janvier 1891, nous pratiquons une ablation très large et très soignée de la tumeur et pour cela nous sommes obligé de désarticuler, après section à peu près médiane du maxillaire. Nous enlevons également la glande et les ganglions sous-maxillaires.

L'opération était achevée, l'hémostase complète lorsque nous entendîmes tout à coup ainsi que tous les assistants un sifflement doux, humé ; la même pensée se présenta chez tous, que ce bruit était dû à l'entrée de l'air dans une veine ; je plaçais aussitôt un doigt dans le point de la région d'où le bruit paraissait venir et après avoir fait placer deux pinces au dessus et au-dessous, je liai en masse. Rien de fâcheux ne se produisit. Nous procédâmes ensuite, M. Martin et moi, à la pose de l'appareil. Il offrait la forme d'un demi-maxillaire, un peu réduit, avec condyle et apophyse coronéide : le condyle est seulement conoïde et non renflé au-dessus d'un col, ceci afin de permettre de retirer

l'appareil : d'autre part, l'intérieur de la pièce est creusée de canaux qui viennent s'ouvrir par plusieurs trous à la surface, de telle sorte que l'on peut irriguer facilement la région.

L'appareil placé fut maintenu par une petite plaque métallique avec vis fixées à la moitié restante, et aussi par un recouvrement métallique emboitant les dents du côté opposé.

Nous n'insisterons pas sur les détails techniques concernant la confection, la pose, le maintien... de ces pièces. Nous renvoyons au livre si intéressant de M. Martin (*de la prothèse immédiate*, 1889, Paris, Masson éditeur).

Ceci fait, nous suturons la plaie à l'exception de la région de l'angle, par laquelle sortent deux pinces hémostatiques laissées à demeure et entourées de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent des plus simples ; le malade pouvait manger du pain tendre vers le dixième jour et des aliments peu consistants. Nous le présentâmes du reste vers le dix-huitième ou vingtième jour à la Société des sciences médicales.

Le 29 janvier, le malade se plaignant de quelques douleurs au niveau de la région temporo-maxillaire, et l'appareil paraissant un peu volumineux, nous décidons avec M. Martin de l'enlever et de réduire ses dimensions. Nous profitons de l'anesthésie faite à ce moment pour oblitérer la fistule persistante au niveau du point où se trouvaient les pinces à demeure. Les corrections faites, le sujet quitte l'hôpital et revient nous trouver le 1^{er} août 1891. Il est nécessaire de réduire encore son appareil ; nous posons deux ou trois points de suture sur la fistulette déjà traitée et dont l'oblitération n'a été que momentanée.

Il est facile d'enlever et de remplacer la pièce prothétique. Depuis cette époque, le sujet a travaillé et vécu chez lui, très content de sa situation.

Voici un fragment d'une lettre qu'il nous adressa le 7 février 1892 : « Depuis la première fois que j'ai été opéré, je n'ai ressenti aucune douleur jusqu'à ce jour et ça s'est cautérisé (pour cicatrisé). Je mange bien de la viande, du pain et n'importe quoi, à moins que ça ne soit énormément dur... »

Nous l'avons revu un peu plus tard, et nous pensâmes avec M. Martin, que la rétraction cicatricielle dont l'action a continué de s'accroître pourrait compromettre le résultat dont le malade se déclare si satisfait. Aussi, avons-nous conseillé à notre opéré de revenir nous voir dans quelque temps pour remédier à cet inconvénient.

L'examen attentif de la région opérée, fait le 17 avril 1892, plus de quinze mois après l'intervention n'a montré aucune trace de récurrence : la tumeur enlevée avait été examinée au microscope et reconnue comme un ostéosarcome malin d'origine périostique.

Au 2 juillet 1893, il nous confirme les bons résultats constatés en avril 1893. Il ajoute qu'il mange aussi vite que les autres.

*
* *

Nous devons également signaler l'observation d'un opéré de M. A. Polosson.

Il s'agissait d'un épithélioma lingual ayant envahi le plancher buccal et la mâchoire. M. Polosson fit une large ablation de tout le néoplasme. Nous avons appliqué une prothèse immédiate et depuis un an que la langue est en contact avec l'appareil, on n'a pas constaté la moindre trace de récurrence.

Par contre, d'autres malades, bien qu'ils n'eussent pas porté d'appareils ont eu rapidement des récurrences que l'on aurait pu mettre sur le compte de la prothèse immédiate, si on la leur avait appliquée. Nous croyons même que l'usage d'une prothèse immédiate immobilisant les fragments osseux, doit au contraire être moins irritante que l'absence de restauration : c'est en somme une immobilisation que l'on obtient avec notre méthode et l'on sait

en chirurgie générale que c'est un facteur considérable pour combattre ou prévenir les phénomènes inflammatoires.

*
* *

Qu'on nous permette à notre tour, de dire quelques mots sur les appareils de Bœennecken, qui, comme on le sait, consistent en fils métalliques disposés en arc tenant les deux fragments écartés. Ceux-ci sont, soit fixés aux dents, soit vissés à l'os.

Ce genre de prothèse tout d'abord n'est pas aussi nouveau que le croit l'auteur allemand. C'est l'arcade métallique déjà employée par Verneuil et aussi croyons-nous, par Desprès. Il est un peu plus compliqué, mais voilà tout. Il présenterait l'immense avantage (qui doit être peu apprécié du malade) de permettre un tamponnement de la cavité buccale avec de la gaze iodoformée. Il se visse comme le nôtre et même par un procédé plus complexe. Comme volume il est absolument insuffisant. L'auteur le place presque au niveau du bord alvéolaire. Or, il est certain que, dans ces cas, lorsque la rétraction cicatricielle commencera à s'effectuer, il y aura une dépression au niveau de l'appareil, dépression qui deviendra d'autant plus marquée que la perte de substance osseuse sera plus importante. Il est bien évident aussi que la méthode de Bœennecken est inapplicable, quand avec une partie de la portion horizontale, on est obligé d'enlever la branche montante et son condyle.

Un inconvénient non moindre, et inévitable, croyons-

nous, c'est la section des parties molles contre le fil métallique interposé entre les deux fragments. Malgré un tamponnement à la gaze iodoformée, on verra s'effectuer une sorte d'affaissement des tissus mous, ce qui est impossible avec nos appareils volumineux.

L'auteur dont nous venons de parler semble aussi s'illusionner sur les propriétés antiseptiques d'une gaze iodoformée sans cesse imbibée de salive, de détritüs alimentaires etc... Nous ne croyons pas que les malades puissent s'astreindre à supporter l'odeur et le goût de l'iodoforme qui ne peut moins faire que d'imprégner les déglutitions.

Le même auteur trouve nos appareils compliqués et difficiles à construire.

Nous sommes autant que qui que ce soit partisan de la simplicité; mais il faut que celle-ci soit compatible avec le but qu'on se propose. Au reste, quand on y regarde de près la simplicité des appareils de Boennecken est plus apparente que réelle. Ils sont peu volumineux, c'est vrai; mais cela constitue un grave défaut.

Nous avons écrit que, pour bien faire, il fallait que la prothèse première fût un peu plus volumineuse que la partie osseuse enlevée, mais à la condition que les parties molles qui doivent recouvrir la pièce le permettent, sans qu'on soit obligé d'exiger d'elles des tiraillements trop violents : quand, au contraire, les surfaces cutanées juxta-maxillaires ont été intéressées, on réduit la pièce; mais on lui conserve les dimensions maxima compatibles avec la réunion des téguments; car c'est un fait que notre expérience nous a appris, à savoir, que plus la pièce est volumineuse, que plus l'écartement des deux frag-

ments osseux est notable, meilleurs sont les résultats définitifs.

Avec un appareil prothétique de petit volume on aura toujours, sous l'influence si puissante de la rétraction, des déformations reproduisant en petit ce que donne, dans tout son absolu, l'absence complète des restaurations immédiates.

Nous tenons à nos appareils un peu volumineux pour d'autres raisons encore :

Ces prothèses immédiates sont souvent appliquées chez des enfants dont la croissance n'est pas terminée : Or l'on sait actuellement que les fragments restants, que les arcades dentaires supérieures ne se développeront pas normalement s'il n'y a pas contact direct des deux surfaces triturantes. Avec l'absence complète de prothèse, les déformations par arrêt de développement de la mâchoire supérieure sont considérables ; avec un appareil de petit calibre et qui ne ménage pas l'articulation, elles seront encore notables, avec ceux que nous avons proposés et appliqués qui remplacent le maxillaire partiellement absent, dans sa forme et ses fonctions, elles sont nulles. D'autre part une pièce conservant à la cavité buccale ses dimensions normales nous semble également chose indispensable pour le mouvement de la langue dans ses rapports avec la déglutition et surtout la phonation. Nos anciens malades, qui parlent d'une façon fort correcte, quand ils portent leur appareil définitif, peuvent à peine se faire comprendre quand ils le sortent et que, par suite, leur cavité buccale est rétrécie.

En nous plaçant à un autre point de vue, nous ne voyons pas bien si Boenneken a envisagé la situation du

malade lorsqu'après prothèse immédiate par son arcade métallique, il faudra placer un appareil définitif: sur quel point lui donnera-t-il un appui? Au niveau des arcades alvéolaires sans doute; car il sera impossible de l'interposer entre les fragments osseux que les parties molles et les tissus cicatriciels auront comblés. Nous pouvons affirmer que, dans ces conditions, il y aura forcément une dépression à la place de la saillie du menton ce qui sera plus que disgracieux au point de vue de l'esthétique; et d'autre part, il n'empêchera pas le rapprochement des fragments si ceux-ci sont dépourvus de dents.

Une dernière critique : l'auteur allemand dit savoir que les vis qui maintiennent nos appareils doivent être très vite recouvertes de muqueuses et par suite difficiles à enlever, si l'on ne prend pas le bistouri pour en effectuer la libération.

Nous ne voyons pas comment on pourrait placer des vis dans les conditions où nous nous trouvons sans que la muqueuse vienne les recouvrir. Nous ne verrions, du reste, pas grand inconvénient à les enlever avec le bistouri quoique nous procédions différemment.

Nous nous contentons de prendre un ciseau étroit, de le faire passer sous la lame de métal qui réunit l'appareil à l'os, de la suivre avec l'extrémité de l'instrument jusqu'à ce que nous arrivions à la vis : à ce moment en nous servant du ciseau comme d'un levier nous soulevons en même temps et la lame et la vis qui, du reste, ne présente que 4 à 5 millimètres. Ce moyen très pratique est le seul, croyons-nous, qui permette leur ablation lorsqu'elles sont, par le fait de la résection, placées très loin. Déjà au niveau

de la première grosse molaire, il serait difficile d'agir autrement.

Nous devons ajouter que, quand la présence des vis a provoqué un certain degré d'ostéite, cette petite opération est assez difficile. Quant au procédé que propose Boennecken et qui consiste à placer des vis traversant tout l'os, nous attendrons pour le juger qu'il l'ait appliqué. *A priori*, ce nous semble une proposition dont l'exécution pourrait réserver des surprises à son auteur.

Au point de vue de la fabrication de nos appareils, nous sommes restés fidèles à notre première manière de faire : malgré quelques objections sans fondement faites au caoutchouc vulcanisé, c'est cette substance qui nous a toujours paru le plus propice au genre de problème dont nous nous occupons dans ce travail.

En effet, le caoutchouc pur, durci, est par lui-même aseptique et inaltérable au milieu des tissus qui l'entourent. On peut le modeler facilement, lui donner l'épaisseur qui convient, sans augmenter sensiblement le poids de l'appareil, ce qui, dans l'espèce, a bien son importance, car quoiqu'on en dise en Allemagne, cette question de volume prime tout, au point de vue du rétablissement de la forme et de la fonction. C'est surtout au moment où l'on pose l'appareil définitif, que l'on s'aperçoit des avantages d'une pièce primitive volumineuse qui a maintenu très exactement les fragments osseux et les parties molles à leur place respective.

Nous avons complètement renoncé, après les avoir essayés à plusieurs reprises, aux crochets fixant l'appareil primitif aux dents. Ils doivent être extrêmement serrés sur celles-ci si l'on veut que la pièce prothétique ait quelque stabilité.

Or une pression continue, un peu énergique ne peut manquer d'attaquer l'émail ; d'autre part l'impossibilité où l'on se trouve alors de faire sous ces crochets des lavages désinfectants d'une façon rigoureuse, favorise la fermentation acide et secondairement la carie dentaire. Aussi les avons-nous complètement abandonnés.

D'ailleurs la fixité de l'appareil par ce procédé est assez aléatoire, et nous avons pu constater que, chaque fois que la pièce devait résister à une rétraction cicatricielle énergique, ou à quelques efforts de mastication, elle se soulevait et devenait plus ou moins mobile ; on éprouvait ainsi la plus grande difficulté à remettre l'appareil à l'endroit qu'il devait occuper.

Il faut compter aussi avec un inconvénient des plus graves des crochets, à savoir : l'ébranlement et souvent la chute des dents. Or il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt qu'il y a à conserver des organes qui permettront plus tard l'application d'un appareil définitif, en lui offrant un point d'appui sérieux, sans compter les avantages fournis au point de vue de la mastication.

Pour fixer nos pièces, nous ne nous servons plus actuellement que de petites plaques en acier étamé et de vis de même nature. On obtient ainsi une fixité à toute épreuve.

Le caoutchouc a un autre avantage : il permet de modifier facilement l'appareil, comme cela est si souvent nécessaire chez les enfants dont l'évolution dentaire n'est pas complètement terminée. Pour cette raison nous avons l'habitude de faire tenir l'appareil définitif par des ressorts fixés à une plaque palatine.

Il faut savoir en effet que chez les enfants, dans le

cas de résection de la mâchoire inférieure, la deuxième dentition s'effectue presque toujours d'une façon anormale. Les dents prennent alors des directions extrêmement vicieuses, tenant sans doute aux modifications qu'a subies le maxillaire et plus tôt aux lésions probables de quelques follicules dentaires.

Il est souvent, dans ces conditions, indispensable de bien surveiller l'évolution de chaque dent en particulier, d'éviter l'appareil à leur point d'éruption, de corriger plus tard leur direction quand elle est vicieuse, ce qui du reste est la règle.

Malheureusement les malades ne comprennent pas toujours l'importance de ces précautions, et viennent faire changer leur pièce quand des déformations déjà accentuées se sont produites.

Il ne suffit pas de surveiller les dents ; il faut encore dans cette période de croissance avoir l'attention attirée du côté de la mâchoire tout entière. En effet à mesure que l'enfant grandit, si l'on ne donne pas à la pièce prothétique des dimensions de plus en plus grandes, on risque de limiter et de restreindre la croissance non seulement des fragments restants mais aussi de la mâchoire supérieure.

C'est ainsi que, dans deux observations, en raison de ce que nous venons de dire, nous avons pu constater que la mâchoire ne présentait pas les dimensions que doit avoir celle d'un enfant de cet âge. Il y a dans ces cas une adaptation fonctionnelle qui, suivant qu'elle peut s'exercer ou non, excite la croissance ou l'arrête. Dans une de nos observations il a suffi de quelques mois de cessation du port de l'appareil pour que la mâchoire

supérieure se rétrécisse. Au contraire depuis cinq ans que la malade en question le porte, nous n'avons pu constater de changement du côté des arcades dentaires supérieures.

Au début de nos travaux sur la prothèse immédiate, nous avons cru qu'il était indispensable de placer une plaque palatine chez les enfants à la mâchoire supérieure, pour maintenir l'écartement des arcades. Il n'en est rien. Il suffit que la mâchoire inférieure ne reste pas en retrait sur la supérieure pour que le développement de cette dernière s'effectue d'une façon normale et que les deux arcades s'articulent parfaitement. On obtient facilement ce résultat en modifiant le volume des pièces prothétiques pendant tout le temps de la croissance.

Lorsque celle-ci est terminée on n'a plus à craindre, contrairement à ce que nous avons cru d'abord, de retrécissement dans les divers sens, pendant que le malade porte son appareil.

Les observations que nous publierons plus loin, datant de nombreuses années, confirment absolument ce fait.

Nous croyons avoir suffisamment réfuté les objections qui ont été faites à notre méthode et à nos appareils. Du reste, nous le répétons, si nous avons été attaqué sur des résultats, c'est qu'on a surtout envisagé les observations du début de notre pratique. C'est par des tâtonnements et des recherches prolongés que nous nous sommes arrêtés au dispositif que nous avons décrit dans notre dernier travail. Tout y est utile, nous dirons même indispensable.

CHAPITRE II

Des résultats au point de vue de l'esthétique

Les résultats que nous avons obtenus au point de vue de l'esthétique, sont on peut le dire, excellents ; mais ils varient un peu suivant les sujets.

Ils dépendent surtout de l'étendue de l'action chirurgicale. Dans les résections du maxillaire inférieur, il est nécessaire de faire de longues incisions. Le voisinage et même la communication avec la cavité buccale dont la faune microbienne est si riche, empêchent souvent les réunions par première intention, nécessitent parfois l'usage de drains, provoquent des fistules, etc. Or, ce sont précisément ces complications d'ordre opératoire ou septique qui viennent souvent modifier la physionomie des malades. Les incisions qui ont suppuré forment plus tard des cicatrices souvent déprimées et adhérentes aux os, en tous cas toujours très visibles.

Au reste, cette question des incisions mérite quelques

réflexions. Depuis longtemps nous avons observé quelques insuccès relatifs, dûs à ce fait que les téguments se réunissent mal, quand la suture portait au niveau des bords de l'appareil. Comme conséquence on observait des fistules plus ou moins grandes, mais en tout cas toujours fort longues à guérir.

Pour le maxillaire inférieur, cette longue incision le long de son bord, est certainement défectueuse au point de vue prothétique. A ce niveau l'appareil présente une surface plus saillante et c'est précisément là, où par suite de l'opération et de la suture, la vitalité des tissus est plus douteuse, que viennent s'exercer les tractions. Quoi d'étonnant à ce qu'il en résulte quelques phénomènes inflammatoires, voir même des fistules.

Chez un malade de M. le professeur Ollier, nous avons été obligé d'enlever l'appareil pendant quelques jours, pour permettre à la cicatrisation de s'effectuer, au niveau du point que nous venons d'indiquer. Dans ces conditions on rencontre les plus grandes difficultés à remettre la pièce enlevée et l'on perd une partie des bénéfices de la prothèse immédiate. Nous avons cru pendant longtemps pour expliquer ce fait, que des fils trop serrés avaient coupé les tissus, que les téguments étaient trop tendus (ce qui, on doit le reconnaître peut fort bien entrer en ligne de compte). Mais la vraie cause nous avait échappé jusqu'à ces derniers temps, où l'observation de deux malades opérés par le D^r Gangolphe est venue nous donner la clef de cette imperfection.

Dans la première il s'agissait d'un jeune homme porteur d'un ostéo-sarcome qui nécessita la résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur y compris la bran-

che montante et le condyle. L'opération fut laborieuse et pour faire l'hémostase on dut laisser des pinces à demeure.

Nous plaçâmes néanmoins un de nos appareils de prothèse immédiate. Il avait approximativement la même dimension que la partie osseuse enlevée. Les sutures furent faites sur la plus grande partie de la section, mais en certains points, on dut négliger de réunir pour laisser passer les pinces hémostatiques. Au moment de l'enlèvement des pinces, on voulut réunir, mais ce fut impossible, car la réaction cicatricielle s'était déjà affectuée, et il en résulta comme conséquence une réunion incomplète, par où s'écoulait la salive.

Deux mois plus tard, quand nous avons changé l'appareil primitif, nous en avons profité pour diminuer son volume, ce qui permit d'effectuer une réunion plus parfaite, mais néanmoins encore insuffisante, puisqu'il persista une légère fistule sur le point en contact avec la pièce prothétique.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un cas plus simple, dans lequel on réséqua à une jeune fille une grande partie de la branche horizontale de la mâchoire inférieure. Tout s'annonçait pour le mieux et nous pensions avoir obtenu une réunion par 1^{re} intention, lorsqu'au 8^{me} jour apparut une légère fistule, au niveau d'un point, où l'appareil appuyait sur une des sutures. Il n'y avait cependant aucun phénomène inflammatoire et l'antisepsie avait été rigoureuse.

Depuis ce moment, en relisant ou en nous rappelant nos observations anciennes il est devenu évident que c'étaient les bords de la pièce, qui, en appuyant sur des

points affaiblis par le traumatisme chirurgical et par les sutures, empêchaient la réunion et provoquaient ces fistules.

Etant donné ces remarques, nous nous demandons si le chirurgien ne pourrait pas faire ses incisions un peu plus haut ou un peu plus bas, mais en tous cas à un niveau qui plus tard ne se trouverait pas en contact avec le bord de l'appareil. Ceci permettrait aux téguments de se cicatriser, non seulement par leurs bords, mais aussi par leur face profonde.

Si cette idée n'est pas toujours praticable, il faudra néanmoins, quand les téguments seront un peu tendus ne pas réunir sur les points où la pression des bords de la pièce devra spécialement s'exercer.

*
* *

Chez la plupart de nos malades, on observe une dépression pré-auriculaire qui est due à l'attraction en dedans des branches montantes et aussi un peu à leur projection en avant. Cette imperfection, au point de vue de l'esthétique, nous croyons, après l'avoir longuement étudiée, pouvoir l'éviter désormais : Aussi n'avons-nous aucun regret d'en parler, nous étant toujours engagé en présentant notre méthode de montrer avec une égale impartialité ses avantages et ses inconvénients.

C'est surtout dans l'observation IV que cette dépression pré-auriculaire est appréciable. La cause dans ce cas tient évidemment à ce fait que l'appareil devenait vite trop petit, chez un enfant dont la croissance était rapide. Nos

pièces prothétiques, dont les extrémités appuient sur les fragments restants, sont forcément tributaires de ceux-ci et voici alors comment nous nous expliquons cette légère déformation : Nous la mettons sur le compte de la contraction du ptérygoïdien interne qui attire en dedans l'angle de la mâchoire, quand la continuité du fer à cheval est interrompue.

Dans la prothèse immédiate cette dépression pré-auriculaire ne se produit jamais tant que le premier appareil reste fixé aux fragments, et cela parce que la continuité n'est pas interrompue entre ceux-ci. Mais dès qu'ils sont abandonnés à l'action des ptérygoïdiens, il se produit une attraction de la mâchoire en dedans, ce qui a pour effet l'aplatissement que l'on constate chez quelques-uns de nos opérés.

Il suffit pour combattre cette déformation de s'opposer à l'action de ce muscle, et pour cela de placer à la pièce définitive un prolongement interne qui ait à peu près la même longueur que le fragment osseux correspondant. S'il n'avait pas ces dimensions, celui-ci serait attiré en dedans, tandis que son extrémité antérieure serait repoussée en dehors, ce qui exagèrerait même la déviation que l'ailette interne est destinée à empêcher.

Il en serait tout autrement si l'on pouvait placer un arrêt externe, en même temps qu'un prolongement interne, car alors on se trouverait presque dans les conditions de l'appareil primitif. On n'observe pas ces inconvénients, quand les fragments restants présentent des dents, sur lesquelles l'appareil définitif peut prendre un solide point d'appui et de contention.

Au contraire, cette déformation pré-auriculaire s'ac-

centue, quand les fragments sont édentés, parce qu'alors il s'y joint un mouvement de projection en avant dû à la course plus grande que doit effectuer le maxillaire par suite de l'absence de dents, ce qui diminue sensiblement sa hauteur.

Il faut donc dans l'appareil définitif non seulement assurer la fixité et la contention, mais encore la hauteur, si l'on veut ne pas avoir, plus tard, à constater la dépression pré-auriculaire dont nous venons de parler.

*
* *

Nous devons dire maintenant quelques mots d'une déformation passagère, que nous n'avons pas signalée dans nos précédents travaux, pour ne l'avoir pas rencontrée jusque là et que nous avons depuis observée chez trois opérés en peu de temps.

On sait qu'après la résection de la partie antérieure du maxillaire inférieur, nous avons l'habitude de placer un appareil assez volumineux pour laisser à la lèvre des dimensions normales et lutter contre les cicatrices rétractiles.

Chez un enfant, opéré par M. Levrat, chirurgien en chef de la Charité, nous fûmes fort surpris de voir que la lèvre, au lieu de se tendre sur l'appareil, avait de la tendance à s'affaisser et à passer de plus en plus sous lui, comme le représente la figure 1.

Au moment où nous avons fait cette constatation, nous comptons déjà au moins 12 opérés semblables, tant enfants qu'adultes, et jamais nous n'avions observé cet abaissement. Notre petit malade, d'autre part, n'avait pas eu une perte de substance bien considérable et n'était

nullement cachectique. Du reste au bout d'un certain temps tout rentrait dans l'ordre.

Nous avons observé pareil phénomène chez un deuxième malade qui ne porta que peu de temps son appareil, à cause d'une prompte récurrence ou plutôt d'une généralisation qui s'était produite dans les ganglions. Nous devons dire que localement où l'on avait pratiqué une large intervention il n'y avait pas eu trace de récurrence.

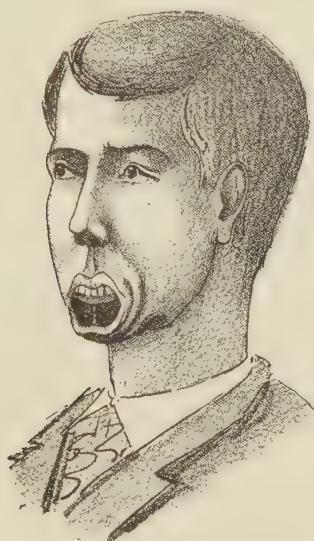


Fig. 1

Dans le troisième cas, dont nous publions plus loin l'observation, nous avons aussi observé une déformation passagère de la lèvre inférieure. Cette malade ne présentait rien dans son état général qui put expliquer le défaut de tonicité de cet organe. A part quelques accidents cérébraux bizarres, dont elle guérit assez bien, il n'y eut rien

dans les suites opératoires, qui pût expliquer cet accident. La résection, il est vrai, avait porté assez loin, puisqu'elle comprenait la deuxième grosse molaire du côté droit, tandis qu'à gauche la section avait porté en avant de la première. L'appareil destiné à remplacer une telle perte de substance était forcément volumineux. La lèvre au lieu de rester étalée au devant de lui, passa rapidement au-dessous en le soutenant comme la corde d'un arc. Petit à petit, à mesure que l'état général de la malade s'est amélioré, la lèvre est remontée, aidée, nous devons le dire, par une petite bande de caoutchouc large de deux travers de doigt, qui venait s'appliquer obliquement de bas en haut, et d'avant en arrière sur le menton pour aller se fixer derrière la tête,

La tension en était légère, mais continue. On comprend sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans plus de détails, le mode d'action de cette bande de caoutchouc, qui luttait en sens inverse de la tendance rétractile de la lèvre : actuellement le menton a repris son aspect normal et la lèvre en place, remplit bien toutes les fonctions qui lui sont dévolues.

Voici du reste cette observation qui ne peut figurer avec celles qui relatent les résultats tardifs.

OBSERVATION

*Kyste du maxillaire inférieur. — Récidive. — Résection.
Prothèse immédiate.*

G. V..., 44 ans, ménagère, née à Baurières, demeurant à Crest

Entrée le 1^{er} mai 1891, salle Saint-Pierre, service de M. Ollier, lits n° 4 et 15 (Hôtel-Dieu).

Opérée le 27 mai.

Aucun antécédent héréditaire pathologique, pas de tumeurs connues chez ses parents ou ses collatéraux. Bonne santé antérieure. — Mariée, mère de quatre enfants bien portants. Jamais de fausses couches. Règles moins régulières depuis un an. Dentition normale.

A l'âge de vingt ans, lors de sa première couche, la malade fut prise de névralgies faciales très intenses, et plus spécialement localisées au maxillaire inférieur. A partir de ce moment, les dents ont commencé à se carier et depuis cette époque, elles sont tombées par parcelles, sans souffrance, car la névralgie disparut au bout de deux mois. Il y a six ans, la malade reçut un coup sur la mâchoire inférieure, traumatisme assez violent. Quelques jours après cet accident elle ressentit des douleurs vives sur le trajet de son nerf dentaire inférieur droit et en même temps s'aperçut d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui s'accrut insensiblement sans occasionner de bien grandes douleurs.

Avait fait un séjour à Saint-Paul chez M. Mollière, où on incisa la muqueuse, et où l'on donna issue au liquide du kyste — on fit un grattage de la cavité.

Depuis cette époque, la tumeur se reproduisit avec assez de rapidité. La malade, chaque année, faisait ponctionner sa tumeur. Celle-ci donnait pendant quelque temps par deux fistules, l'une inférieure, un liquide clair comme de l'eau, l'autre supérieure, donnant parfois quelques gouttes de pus.

Tous les traitements n'arrivaient à aucun résultat. Actuellement, la malade présente une tumeur sur la partie droite du maxillaire inférieur, de la grosseur d'un œuf de pigeon et faisant un relief sensible sous les téguments.

Le maxillaire inférieur est épaissi sur toute sa portion horizontale, mais surtout sur la portion droite et en avant. La peau amincie est lisse et tendue, mais saine. Les dents du maxillaire supérieur sont presque toutes tombées ; persistent quelques molaires.

Au maxillaire inférieur, les premières molaires droites sont tombées, celles qui persistent sont mal implantées et bougent facilement, gênent beaucoup la mastication.

On a nettement une sensation parcheminée en plusieurs

points de la mâchoire inférieure, de la fluctuation à droite vers la partie la plus tuméfiée. Bon état général. La malade n'a pas maigri, a bon appétit. Rien aux poumons, rien au cœur. Urines : pas d'albumine.

Le 27 mai. — On pratique la résection de toute la partie malade. La résection a porté à droite au niveau de la deuxième grosse molaire et à gauche en avant de la première.

Application d'un appareil prothétique par M. Martin. — Fixation par les moyens habituels.

Peu de temps après son opération, comme la cicatrisation commençait à se faire, on vit la lèvre inférieure, jusque-là bien étalée en avant de l'appareil, descendre progressivement, jusqu'à passer complètement au-dessous de lui ; il en résultait que l'appareil était complètement dehors, comme on le voit sur la figure (N° 1) page

L'état général de la malade n'est pas très bon. M. Martin pour combattre ce glissement de la lèvre, fit appliquer une bande de caoutchouc, large de deux doigts qui était dirigée obliquement de bas en haut et d'avant en arrière pour se fixer derrière la tête. La traction ainsi exercée était continue, mais peu intense. Au bout de quelques temps, l'état général s'améliora, la lèvre reprit de la tonicité et la malade quitta alors l'hôpital, considérablement améliorée.

Elle revint dans les Hôpitaux un peu plus tard et M. Martin lui plaça alors un appareil définitif qui était maintenu en partie par les dents restantes et en partie par des ressorts fixés à une plaque palatine.

Juillet 1893. — A ce moment, la malade écrit à M. Martin que sa physionomie est devenue plus régulière, qu'elle parle plus correctement qu'à son départ et enfin qu'elle ne perd plus sa salive.

Les aliments quand ils sont peu durs sont facilement mastiqués.

*
* *

Il nous reste avant de terminer ce chapitre relatif aux résultats esthétiques que nous avons obtenus par notre méthode, à signaler la présence d'assez nombreux ganglions dans la région sus-hyoïdienne chez la plupart des opérés.

Chez quelques malades même cela contribue à modifier la partie inférieure de leur face dans un sens défavorable. Ils sont dus, sans doute, à de petites inflammations, qui vont se localiser dans les ganglions du voisinage et qui ont pour point de départ quelques éraillures insignifiantes de la cavité buccale. Il serait intéressant de voir si ces adénites existent chez des gens qui portent des dentiers.

Notre attention n'a pas encore été appelée sur ce point.

Nous avons tenu à insister beaucoup dans ce chapitre sur certains petits desiderata présentés au point de vue de l'esthétique. Nous n'avons rien caché de ce que nous avons observé, au contraire avons-nous peut-être exagéré les inconvénients, car certainement chez nombre de nos opérés, on ne se doute pas à première vue des mutilations graves dont ils ont été l'objet.

CHAPITRE III

Résultats fonctionnels

C'est certainement au point de vue fonctionnel que nous avons obtenu les résultats les plus satisfaisants. Généralement ceux-ci sont d'autant plus parfaits qu'il s'est écoulé un plus grand nombre d'années depuis la pose du premier appareil, et ceci est parfaitement logique. Qu'il s'agisse d'un obturateur, d'un dentier ou d'une prothèse quelconque, il faut toujours un certain temps pour que l'adaptation fonctionnelle s'effectue.

Dans une de nos observations (*Observation VIII*) on verra que la phonation laisse beaucoup à désirer, la perte de salive se fait à peu près sans cesse, et au premier abord les résultats fonctionnels tardifs paraissent mauvais ; mais en observant les choses de près, on se rend immédiatement compte que la prothèse n'y est pour rien. Il s'agit d'un malheureux chez lequel un cancroïde de la lèvre inférieure avait détruit tout l'orbiculaire corres-

pendant. C'est avec un lambeau exclusivement cutané que le chirurgien lui a fait une lèvre et celle-ci, dépourvue et de la tonicité et de la contractilité musculaire, ne peut remplir aucune des fonctions qui lui sont dévolues. On a bien parlé il y a quelques années (L. Tripier) d'obtenir par l'électricité quelques améliorations du côté de ces lambeaux dans lesquels il peut persister quelques reliquats d'orbiculaires et quelques fibres du peaucier du cou, mais nous avons affaire à un homme de la campagne qui jamais ne se soumettrait au traitement prolongé qui conviendrait, et du reste il se déclare satisfait des résultats obtenus quoiqu'ils soient assez imparfaits.

On verra dans les observations qui terminent notre thèse que la mastication s'effectue dans des conditions à peu près normales.

Tous nos malades mastiquent des aliments solides, presque tous peuvent broyer facilement la croute du pain. Un certain nombre nous disent avoir pu, avec leur appareil casser des noisettes ou des noix ; quelques-uns sont retenus par la crainte de détériorer leur pièce, et nous n'avons garde de les rendre trop audacieux, car il sagit d'indigents à qui nous fournissons gratuitement ces appareils couteux.

Si nous analysons maintenant la mastication dans ses divers temps, voici ce que nous constatons :

L'ouverture de la bouche s'effectue généralement d'une façon normale. Quelquefois elle est un peu limitée, mais toujours suffisante pour l'introduction d'aliments volumineux.

Parfois aussi dans les mouvements d'abaissement forcés il se produit une légère déviation, qui existe surtout

quand les fragments restants sont d'inégale grandeur. Dans ces cas, le plus grand a toujours un peu de tendance à se porter vers celui du côté opposé, mais dans de faibles proportions. En tous cas, cette déviation disparaît dès que le malade rapproche ses deux masséters, c'est dire que, dans les mouvements d'élévation de la mâchoire inférieure, on voit le fragment dévié revenir peu à peu sur la ligne médiane, et venir s'articuler exactement avec les dents correspondantes de l'arcade supérieure. On verra par les observations que nous pouvons empêcher ce mouvement de déviation.

Quelques-uns de nos opérés ont voulu pour une raison ou pour une autre quitter leur appareil. De leur propre aveu, la mastication devenait à peu près complètement impossible, en tout cas fort difficile.

Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les réséqués de la mâchoire inférieure, porteurs d'appareil prothétique, arrivent à obtenir ce degré de perfection.

Chez un adulte, ce n'est qu'au bout de deux ou trois ans que la mastication de la crouté du pain est possible. Chez les enfants ce résultat se fait attendre encore plus longtemps, à cause des remaniements que doit subir sans cesse l'appareil : remaniements qui sont en rapport avec l'évolution de la seconde dentition et qui retardent toujours dans de certaines limites l'adaptation fonctionnelle dont nous avons parlé plus haut. Mais pour s'être fait attendre, les résultats n'en sont pas moins bons.

Avant de terminer ces considérations sur la mastication, nous tenons à dire quelques mots d'une tentative que nous avons faite dans ces derniers temps, sur une

fillette d'une dizaine d'années, et dont voici en quelques mots l'observation :

Il s'agit d'une jeune malade atteinte de nécrose du maxillaire inférieur à qui M. Vincent enleva un sequestre qui intéressait tout le corps de l'os. Nous lui avons appliqué immédiatement un appareil prothétique qui fut enlevé quelques mois après.

Comme cette jeune fille devait aller passer quelques temps à Giens, et qu'il nous était impossible de lui appliquer un appareil définitif qui aurait dû présenter un volume considérable, et qui n'aurait pu être fixé aux dents qui n'avaient pas encore fait leur éruption, nous avons tourné la difficulté en lui faisant un appareil volumineux en étain qui tenait alors par son propre poids.

M. Vincent a présenté le 10 juillet 1893 cette malade à la Société de médecine. Au point de vue de l'esthétique, elle laisse un peu à désirer, car cette enfant qui a beaucoup grandi porte le menton en retrait, l'appareil étant devenu trop petit ; mais au point de vue de la mastication, elle présente des résultats surprenants, puisqu'avec une pièce à peine immobilisée elle peut triturer les aliments les plus durs, casser des noisettes ; et cela deux ans seulement après avoir été opérée.

*
* *

Un des grands avantages de la prothèse dans les résection du maxillaire inférieur, est la possibilité qu'a le malade de retenir et de déglutir sa salive. Il s'agit là, non

seulement d'éviter une infirmité désagréable, mais encore de supprimer une cause d'affaiblissement général de la plus grande importance. On sait combien les malades, dont la salive s'écoule au dehors, ont des digestions incomplètes.

Dans un autre travail nous avons montré qu'immédiatement après l'application de la prothèse, l'écoulement était très limité. Mais au bout de quelques temps, il cesse complètement. Nous avons interrogé la plupart des anciens opérés, et tous nous ont répondu que jamais leur salive ne s'écoulait au dehors. C'est à peine si deux ou trois d'entre eux se sont plaints de ce qu'ils tachaient parfois leur linge en dormant dans la position latérale, par l'écoulement d'un peu de salive. Nous faisons abstraction bien entendu de l'observation VIII où cet inconvénient est dû à la perte de tonicité et de contractilité de la lèvre inférieure.

Quand les malades quittent leur appareil, le résultat est tout différent. Presque toujours alors on voit persister cette infirmité. Il en est de même de la phonation qui est complètement troublée. Tandis qu'avec leur pièce ils parlent aussi correctement qu'à l'état normal, dès qu'ils la quittent leur prononciation devient tellement embarrassée qu'ils sont presque absolument incompréhensibles. Ceci tient certainement à la réduction de la cavité buccale et aussi aux difficultés qu'éprouve la langue à se mouvoir. Il semble en effet qu'avec la prothèse les mouvements de cet organe sont plus parfaits.

Chez plusieurs de nos malades on peut constater que la projection en avant de la langue est plus complète avec la prothèse que sans elle, et l'on connaît l'impor-

tance de cet organe au point de vue des fonctions phonétiques.

La déglutition est aussi modifiée par la suppression du maxillaire artificiel. Il semble, que là encore, la langue en perdant un point d'appui, ne peut plus exécuter les mouvements très complexes qui sont nécessaires pour la progression du bol alimentaire.

En résumé, phonation, mastication, déglutition, redeviennent presque normales avec la prothèse immédiate, mais il faut un certain temps pour obtenir ces résultats, car l'habitude est dans ces cas l'adjuvant nécessaire de l'appareil qui remplace la perte de substance.

OBSERVATION I

G... Joseph, domestique, âgé de 21 ans.

Ce malade entre le 3 décembre 1878 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de Letiévaut.

Six ans auparavant, ce garçon en cassant une noisette avec les dents, ressentit au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure droite une vive douleur. A partir de ce moment, il prit l'habitude de mastiquer exclusivement du côté gauche à cause de la douleur qu'il ressentait à la pression sur le côté droit du maxillaire inférieur. Grâce à cette précaution, il ne souffrait guère que de temps en temps, deux ou trois jours environ par mois. Le 24 septembre 1877, sa douleur n'ayant pas reparu depuis plus d'une année, il voulut essayer de mastiquer du côté droit. Il fit cette expérience avec une pomme. Mal lui en prit. La douleur se réveilla peu après. Le lendemain, après une nuit affreuse, sa joue devint le siège d'une fluxion intense. Après trois

jours de souffrance, il se décida à entrer à l'hôpital de Trévoux (Ain). Là, on lui couvrit un abcès dentaire qui faisait saillie dans la région sous-maxillaire du côté droit. Près du menton se trouvait également un autre abcès.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, on lui enleva la dent, objet de tous ses maux. Elle tenait si peu, qu'on se contenta de la luxer avec les doigts; d'ailleurs, il ne pouvait pas entrouvrir la bouche suffisamment pour permettre l'introduction d'un davier. Depuis cette époque, on lui a ouvert, à diverses reprises, plusieurs abcès, se dirigeant tous dans la région sous maxillaire, tant à gauche qu'à droite. N'ayant pas obtenu jusque là de guérison, cet homme se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, et voici dans quel état nous le trouvons.

Du côté droit, nous voyons deux trajets fistuleux, dont les orifices sont, l'un immédiatement sous le maxillaire, l'autre en avant du sterno-mastoidien, à deux travers de doigts au dessus de la clavicule. Du côté gauche, il existe un trajet fistuleux, dont l'orifice se trouve en avant du sterno-mastoidien à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule.

La partie droite du maxillaire est déformée, repoussée qu'elle est du côté de la bouche. Le côté gauche, au contraire est tuméfié. L'os paraît notablement augmenté de volume et la tuméfaction douloureuse, remonte jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire. Si l'on pratique une exploration à l'intérieur de la bouche, on trouve toutes les dents mobiles, inclinées les unes en dedans, les autres en dehors. On voit à la face interne de l'arcade dentaire de nombreux orifices fistuleux, particulièrement au niveau des angles du maxillaire.

Au point de vue de l'état général, on peut dire que ce malade était dans une cachexie avancée : l'auscultation révélait des râles muqueux disséminés dans toute l'étendue du poumon, et ils semblaient augmenter de jour en jour; la toux également devenait de plus en plus intense. D'un moment à l'autre, on s'attendait à voir éclater les symptômes de l'infection purulente, car la suppuration fort abondante, était avalée par le malade presque en totalité.

Toutes ces causes décidèrent Letiéviant à opérer le plus tôt possible, ce qui fut fait le 14 décembre 1878.

L'opération ne présenta pas de bien grandes difficultés : tout le corps de l'os fut enlevé avec une pince, en laissant le périoste décollé, adhérent au tissu musculaire. Quant aux branches montantes, il fallut les attaquer avec la rugine pour décoller le périoste.

Du côté gauche, on ne laissa que le condyle et l'apophyse coronoïde, réunis par une partie de la branche montante ; du côté droit, il ne resta que le condyle, coupé à la hauteur de son col.

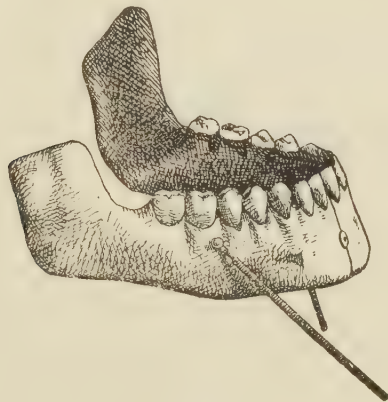


Fig. 2

Après le lavage de la plaie, notre appareil fut placé dans cette espèce de gouttière périostique qui résultait de l'ablation de l'os. Avant l'opération, nous avons eu soin de prendre le moule de la bouche du malade, ce qui nous permit de construire en caoutchouc un maxillaire inférieur type, en entier, car nous ne savions pas exactement où s'arrêteraient les dégâts causés par l'intervention chirurgicale, aussi, séance tenante, pendant l'opération, nous nous apprêtâmes à réséquer le superflu de notre appareil. Par suite de l'ablation presque complète du maxillaire nécrosé, nous n'eûmes à retrancher que le condyle à gauche, et le condyle avec l'apophyse coronoïde à droite (*fig. 2*).

Un trait de scie, au niveau des incisives médianes, divisait l'appareil en deux parties, pour qu'il pût être enlevé et remis en place plus facilement.

Deux ressorts réunissaient ce maxillaire inférieur artificiel, à une plaque palatine (*fig. 3*), de telle sorte qu'il avait un peu tendance à laisser la bouche légèrement entr'ouverte. En effet, les mouvements d'élévation de la mâchoire pouvaient se produire un peu sous l'influence musculaire, tandis que rien ne sollicitait les mouvements d'abaissement, sinon les ressorts de l'appareil.

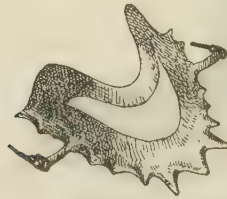


Fig. 3

La plaque palatine, à laquelle viennent se fixer les ressorts, est en or. Elle est évidée à sa partie centrale pour causer moins de gêne. Des prolongements passent entre les dents, et la fixent intérieurement à la mâchoire supérieure en donnant ainsi un solide point d'appui au ressort destiné à favoriser les mouvements d'abaissement.

La pose de l'appareil ne dura pas cinq minutes.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade n'eut pas de températures élevées ; l'appareil fut admirablement supporté ; dès le lendemain, il mangeait beaucoup mieux qu'il ne pouvait le faire avec son maxillaire nécrosé. Il pouvait triturer assez facilement la viande et la mie de pain. Son état général surtout gagna beaucoup, immédiatement après l'opération.

Tout allait pour le mieux, lorsque, le 19 décembre, un

érysipèle très intense, qui envahit toute la face et le cuir chevelu, vint retarder la guérison.

Cet érysipèle dura environ 12 jours ; puis, le malade reprit rapidement le dessus, et dès ce moment, les forces augmentèrent, à mesure que la cicatrisation et la formation de l'os nouveau s'effectuaient.

Un mois après l'opération, malgré le retard occasionné par l'érysipèle, l'on sentait, sur tout le pourtour du menton, la résistance et la dureté de l'os nouveau. Le point qui s'ossifia le premier fut la partie correspondante aux apophyses géni.

Pendant tout le premier mois, on fit de fréquents lavages. La suppuration n'était pas trop abondante ; un seul point fut un peu retardataire. Ce fut sous le menton, au niveau de l'une des fistules antérieures. L'os enlevé, il y avait communication entre ce trajet fistuleux et l'intérieur de la bouche ; par là, s'écoulait un peu de salive. Ce trajet fistuleux n'a été oblitéré qu'au bout de trois semaines.

Il n'y eut pas de rétrocession de la langue. Le menton resta insensible pendant quelque temps, et ses mouvements furent abolis pendant quelques semaines.

Quand aux mouvements d'abaissement du maxillaire, ils ne s'effectuaient plus que par les ressorts ; mais à mesure que le nouvel os se formait, on les vit reparaitre progressivement.

A ce moment, on ne constate pas de gêne, même pour les mouvements étendus de la mâchoire inférieure.

La douleur, après l'opération, fut presque nulle ; toutefois dans un point limité du côté gauche, là où l'apophyse coronoïde avait été enlevée, notre appareil le blessait un peu, dans les mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire. Il nous a suffi, du reste, de couper une partie de l'apophyse coronoïde artificielle pour faire cesser cette gêne.

A partir de ce moment, l'appareil dut être réduit de volume sur toutes ses faces en contact avec l'os périostique nouveau, opération qui fut renouvelée jusqu'à la formation à peu près complète de l'os. A ce moment l'appareil n'était plus représenté que par la partie horizon-

tale et encore, celle-ci, était-elle fortement diminuée de volume (*fig. 4*).

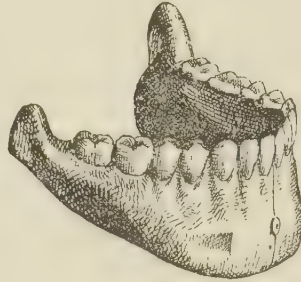


Fig. 4.

Un peu plus tard, enfin, nous dûmes faire un nouvel appareil, représentant le corps du maxillaire et dont la base était assez large pour s'appuyer sur les deux bords de la gouttière osseuse, à laquelle il sert, pour ainsi dire, de couvercle (*fig. 5, 6*).



Fig. 5.

Face inférieure de l'appareil.

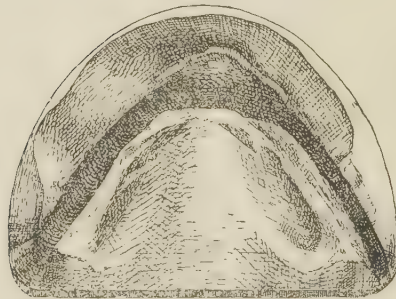


Fig. 6.

Gouttière présentée par le maxillaire osseux nouveau.

Il est intentionnellement lourd, et les ressorts qui l'unissent à la plaque palatine s'insèrent plus en avant qu'à l'ordinaire, afin d'obtenir une propulsion en avant et en bas, et aussi pour diriger dans ce sens l'ossification des parties osseuses du menton.



Fig. 7.

Quelques mots, maintenant, sont nécessaires pour faire comprendre parfaitement la disposition de l'appareil et du moule que nous avons représentés par les figures 5 et 6.

Dans la figure 5, on voit que la face inférieure de l'appareil est assez large pour recouvrir la gouttière que représente la figure 6,

Celle-ci est la reproduction d'un moulage de la gouttière osseuse laissée libre par l'appareil primitif qui a servi de soutien et de guide à l'ossification périostique.

Quant à la figure 7, elle représente l'appareil définitif à la partie médiane et antérieure duquel on aperçoit le bouton du ressort, qui, lorsqu'on presse sur lui, déclenche un système particulier et permet la division en deux de l'appareil, et par suite, son introduction facile dans la bouche.

Les échancrures que l'on voit latéralement servent de points d'arrêt aux ongles et permettent d'exercer les pressions nécessaires pour rétablir la réunion des deux portions de la pièce, lorsqu'elle est introduite dans la cavité buccale.

En somme, on peut comparer le rôle rempli par cette série d'appareils à celui que joue, pendant la période embryonnaire, le cartilage de Meckel. Celui-ci, en effet, sert à diriger l'ossification du maxillaire inférieur. A mesure que celle-ci s'effectue, il diminue, pour disparaître au moment où elle est complète, et où le maxillaire peut se passer de tuteur.

Nous devons dire, en terminant, que, plus tard, nous avons supprimé les ressorts, c'est pour cela que la figure 7 n'en porte pas. En même temps a été supprimée la plaque palatine.

Nous avons revu ce malade en 1886, et nous pouvons dire que les résultats fonctionnels ne laissent pas plus à désirer que les résultats physiques.

Il était intéressant de voir, après dix ans de suppression du maxillaire inférieur, si le maxillaire supérieur avait subi un rétrécissement transversal, comme le fait est signalé dans quelques observations.

Nous pouvons dire qu'il n'en a rien été, grâce à la pièce artificielle qui remplace la mâchoire réséquée.

Ce résultat est dû à la conservation des rapports des deux arcades dentaires, qui ont continué à fonctionner, comme si la mâchoire inférieure était restée indemne.

Nous devons également noter le fait suivant, relatif à la sensibilité. A la sortie du malade de l'hôpital, celle-ci,

qui avait été émoussée très notablement au niveau du menton est complètement revenue depuis longtemps.

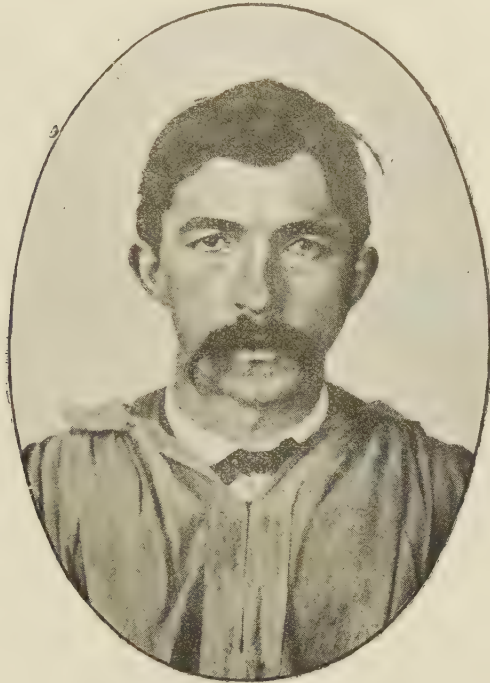


Fig. 8.

En mai 1888, nous avons présenté ce malade à la Société des Sciences médicales de Lyon.

En février 1889, dix ans après l'opération, nous avons fait faire sa photographie qui est reproduite (*fig. 8*).

REU EN JUILLET 1893. — Quand le malade n'a pas son appareil, la lèvre inférieure est tout entière attirée en

arrière, et il n'y a que la pointe du menton qui fait une saillie au-dessous.

En lui faisant ouvrir la bouche, on constate tout le long du maxillaire inférieur une grande rainure dans laquelle se loge la pièce. Quand le malade à son appareil on n'aperçoit pas trace de déformation.

Cependant le point le plus saillant du menton n'est pas à son extrémité, mais à sa partie moyenne. Aussi celui-ci paraît-il un peu plus volumineux qu'à l'état normal ; le malade ne peut pas obtenir naturellement un écartement de plus de deux centimètres entre les deux mâchoires ; mais l'articulation est parfaite. Il peut mastiquer la croute du pain, la viande etc, mais il ne croit pas pouvoir casser une noisette. Dans la journée sa salive ne s'écoule pas en dehors de la bouche, mais la nuit quand il dort sur le côté il la perd un peu.

Le malade déglutit comme auparavant. Sa parole n'est pas modifiée et il n'éprouve aucune gêne dans les divers mouvements qu'exécute la bouche. On trouve encore surtout du côté droit une cicatrice profonde et adhérente. Il existe de nombreux ganglions dans la région sus-hyoidienne. La sensibilité est conservée partout. Il n'y a pas de déviation des lèvres ; le malade siffle facilement.

Réflexions. — Cette observation qui donne un résultat de quinze ans est intéressante ; elle nous montre que la mâchoire supérieure ne s'est nullement déformée pendant tout ce temps. L'appareil a donc parfaitement joué le rôle d'antagoniste. Les mensurations d'un moulage de 1878 et de 1893, donnent les mêmes chiffres. On observe seulement une usure de dents plus accentuée du côté droit que du côté gauche, ce qui tient à ce que le malade a pris l'habitude de mastiquer presque inclusivement de ce côté.

OBSERVATION II

D..., Jean, né à Ambérieu, âgé de dix ans, entre à la Charité, salle Saint-Pierre, le 6 octobre 1880, service de M. Fochier, Chirurgien-major.

Le petit malade entre à la Charité pour une tumeur du corps du maxillaire inférieur, ayant débuté en avril 1880. Elle siège au niveau des premières molaires à gauche.

Le 25 octobre, M. Fochier fait la résection partielle du maxillaire. La section osseuse part de la canine en avant et va aboutir en arrière, derrière la première molaire.

M. Martin applique un appareil immédiat, avant la suture des parties molles. La réunion eut lieu par première intention.

Cet appareil se composait d'un segment de 33 millim. représentant exactement la partie osseuse enlevée ; sur les faces interne et externe et aux deux extrémités de la pièce artificielle se trouvent des petites plaques métalliques réunissant les fragments. Les plaques externes, seules, sont vissées à l'os.

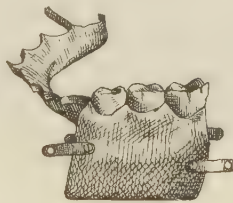


Fig. 9

A la partie antéro-interne et supérieure de l'appareil existe un prolongement en caoutchouc durci, qui fait le tour de l'arcade dentaire et se fixe par une lame en or dans l'interstice qui est en avant de la première dent permanente (*fig. 9*).

Les résultats immédiats sont excellents. Il n'existe pas de déformation appréciable après la pose de l'appareil.

A la sortie de la Charité, le 25 octobre 1880, nous enlevons seulement les vis et les plaques externes. L'appareil reste en place, maintenu par les lames internes, le prolongement et les parties molles.



Fig. 10

Ce malade fut revu en février 1881. A ce moment, à part une augmentation de volume, légère, de la joue correspondante à l'appareil, il n'y a pas de déformation à constater.

Au mois d'août de la même année, l'appareil est soulevé

par l'évolution de la canine, évolution qui s'effectue obliquement d'avant en arrière. M. Martin évide la partie correspondante de l'appareil et tout rentre dans l'ordre.

Quelques mois après, on est obligé de changer l'appareil, à cause de l'évolution de cette dent canine, et à cause de la dent de douze ans qui commence à faire éruption. Toutefois, étant donné le mauvais état de ses dents, nous faisons tenir cette pièce par deux ressorts fixés à une plaque palatine.

La croissance de la mâchoire de l'enfant, a obligé de changer plusieurs fois d'appareil, jusqu'en 1886.

Les fonctions de la mastication se font très bien. Pas de perte de la salive. La partie droite du maxillaire est cependant un peu déviée à gauche. Ceci fut dû au retard apporté au changement des appareils.

Le petit malade habitait loin de Lyon, et, par suite, il était impossible de le surveiller. Il fut revu en 1888. On constata que le deuxième appareil avait redressé la déformation signalée plus haut.

Nous donnons la reproduction de la photographie de cet enfant. On peut voir qu'il n'existe pas de déviation de la face, 9 ans après l'opération (*fig. 10*).

REU EN JUILLET 1893. — Quand le malade n'a pas son appareil, le menton est légèrement dévié à gauche, mais il est moins volumineux. Quant on lui fait ouvrir et fermer la bouche, on voit que le fragment droit qui n'est plus maintenu par l'appareil a une tendance à se porter à gauche. Si le malade a son appareil, la partie latérale du menton à gauche est plus volumineuse, ce qui donne à la face un aspect asymétrique. Quand il porte sa pièce et qu'il ouvre la bouche, la déviation du côté de la perte de substance est à peine appréciable. L'articulation de la mâchoire se fait bien.

On ne note aucune irritation au niveau du point d'application de l'appareil. Le malade ne perd sa salive ni le jour ni la nuit.

Il mastique parfaitement la croûte du pain, la viande, il a

plusieurs fois cassé des noisettes avec son appareil. Aucune gêne dans le port de celui-ci.

Comme aspect extérieur, on note une très légère saillie du menton à gauche; une petite cicatrice adhérente du côté droit, au niveau de la mâchoire, et du côté gauche une forte dépression préauriculaire et portant au niveau de la branche montante. Pas de déviation des lèvres lorsque le malade siffle; pas de troubles de la sensibilité. Il ouvre la bouche et tire la langue comme à l'état normal. De nombreux ganglions à la région sus-hyoïdienne.

Réflexions. — On voit chez ce jeune homme que malgré les modifications apportées à son appareil, la dépression préauriculaire s'est produite. Cela tient à ce que l'appareil aurait dû subir, en raison de la croissance, des changements de volume, que l'éloignement du malade ont empêchés.

Cet enfant ne porte pas de pièce palatine; néanmoins la mâchoire supérieure s'est développée normalement, ce qui tient au port d'une pièce prothétique ayant remplacé l'articulation du maxillaire absent. Les mensurations de son arcade dentaire supérieures au moment de l'opération et en 1893, montrent que la croissance s'est effectuée normalement.

OBSERVATION III

A... entre à l'hôpital au mois de novembre 1885, dans le service de M. le Professeur Poncet.

Cet homme entre à la salle St-Louis, avec une tumeur du plancher de la bouche ayant rongé le frein, et adhérente à l'arcade dentaire.

Cette tumeur remonte à 8 mois; elle a déjà subi deux ablations et deux fois elle a récidivé. L'extirpation complète présente les plus grandes difficultés à cause des adhérences intimes à l'os : d'autre part, il faut une opération absolument radicale. M. le Professeur Poncet fit la ligature des deux carotides externes, pour éviter l'hémorrhagie et réséqua presque tout le fer à cheval. Pour préciser davantage, la section a porté en avant des deux dents de sagesse. Nous devons dire qu'au moment où cette grave opération fut pratiquée, le malade était dans un état de cachexie avancée.

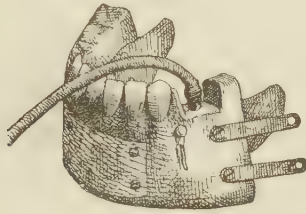


Fig. 11

Immédiatement après l'opération, M. Martin applique un appareil construit suivant le type de ses pièces prothétiques (*fig. 11*).

Un drain fut placé sous le menton.

La réunion par première intention ne se fit pas partout, ce qui n'a pas lieu de nous étonner, étant donné le mauvais état du malade. Sa cachexie avancée ne lui permit pas de retirer grand bénéfice de son appareil au point de vue de la mastication; on était obligé de le nourrir avec la sonde œsophagienne, ce qui ne se faisait pas toujours facilement.

Pendant les cinquante jours qui ont suivi son opération, notre malade ne s'est pas relevé. L'état général restait grave. On enleva le drain placé sur la partie médiane, mais son ouverture, loin de diminuer, augmentait au contraire et laissait voir la face inférieure de l'appareil prothétique.

Au cinquante-troisième jour, M. Martin enlève ce premier appareil qu'il remplace par un ressort en U (*fig. 12*), aux extrémités duquel sont fixés deux épaulements en caoutchouc durci, pour empêcher le rapprochement des fragments osseux et conserver les avantages fournis par la prothèse immédiate.



Fig. 12

Toutefois ce malade, à cause de son état de faiblesse extrême, n'a pu profiter de tous les avantages inhérents à cette méthode. En effet, la prononciation est restée pendant quelque temps peu correcte, la mastication difficile, et enfin, la salive s'écoulait par l'orifice situé au-dessous du menton.

Peu de jours après l'application du second appareil, le malade demanda à rentrer chez lui, ce qu'on n'a pas cru devoir lui refuser à cause de son mauvais état général.

Deux mois de séjour à la campagne améliorèrent singulièrement sa santé. La cicatrisation à ce moment était complète. Dès lors, il put porter un troisième appareil qui lui permettait la mastication (*fig. 13*).

Pour faciliter son introduction, cette pièce est divisée à sa partie médiane en deux portions. Celles-ci sont reliées entre elles à leur face postérieure par une charnière, ce qui permet de la plier en deux, quand on l'introduit dans la cavité buccale. On les redresse ensuite, et un ressort placé à la face antérieure les maintient dans cette position.

Une pièce palatine munie de ressorts assure encore leur solidité.

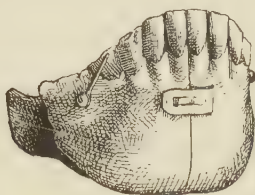


Fig. 13.

Enfin, dix-huit mois après l'opération, il revint se montrer à M. le Professeur Poncet. Il est en parfait état de santé, sans aucune trace d'un épithéliome dont l'examen histologique avait confirmé la nature et qui avait déjà récidivé deux fois. Grâce à son appareil prothétique, la face n'a pas été déformée et la parole est assez correcte.

Ce malade fut, à cette époque, présenté à la société des Sciences médicales, où M. le Professeur Poncet insista sur la nécessité d'enlever très largement ces néoplasmes.

En effet, avec notre méthode, une ablation très étendue ne laisse pas plus de déformation qu'une intervention restreinte.

Réflexions. — Ce malade est mort le 21 mai 1892, d'une pneumonie. Cette observation est certainement le meilleur plaidoyer que nous puissions faire valoir contre

la récurrence provoquée par nos appareils. Elle nous montre que, quand dans les tumeurs malignes, on peut dépasser les limites du mal et que, si celui-ci ne s'est pas encore généralisé aux ganglions, on peut espérer une guérison complète. Si nos pièces peuvent irriter des bourgeons cancéreux par leur contact, elles ne peuvent en rien produire ce résultat quand la résection a dépassé les limites du néoplasme.

OBSERVATION IV

D... Louis, âgé de huit ans et demi, de la Chapelle-en-Vercors (Drôme) entre à la Charité le 24 mai 1886, salle Saint-Pierre, n° 17, dans le service de M. Vincent, professeur agrégé, chirurgien-major de la Charité.

Six mois auparavant, cet enfant sentit au niveau de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, une petite tumeur; elle avait le volume d'une petite noisette, et était absolument indolore; à cette époque, on lui enleva deux molaires, ce qui n'empêcha nullement la tumeur de s'étendre aux parties voisines.

Actuellement il s'est développé un épulis sur tout le bord gingival droit depuis la canine jusqu'à la branche montante.

La muqueuse est rosée à la partie interne; elle prend une coloration violacée au niveau des dents enlevées; sa surface est unie et tendue. De consistance assez ferme, elle contracte des adhérences complètes avec le maxillaire. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagie. On trouve un ganglion engorgé dans la région sous-maxillaire.

Le 1^{er} juillet 1886, M. Vincent lui fait la résection de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur; à la partie

antérieure, la section porte au niveau de la canine, et en arrière, elle est pratiquée sur l'angle de la mâchoire.

M. Martin, immédiatement après l'opération, avant la suture des parties molles, applique un appareil, construit d'après sa méthode (*fig. 14*).



Fig. 14.

Celui-ci est constitué par un bord alvéolaire ou partie supérieure et par une portion représentant le corps de l'os qui mesure cinquante-trois millimètres de longueur. Les deux extrémités sont munies de prolongements internes et externes venant se fixer à l'os. Ils ne diffèrent pas de ceux que nous employons habituellement et qui ont été précédemment décrits.

Dans son épaisseur sont ménagés, pour les soins antiseptiques, des canaux s'ouvrant sur toute la surface cruentée et dont l'émergence vient se faire sur la partie latérale externe de la pièce.

A ce niveau vient s'adapter un tube de caoutchouc qui sort de la bouche, et permet de pratiquer facilement les irrigations.

Cette pièce qui a été placée pendant l'opération, est restée à demeure *dix-huit mois*. L'état général s'est amélioré immédiatement après la résection ; et aucune complication n'est survenue.

Toutefois, nous devons dire qu'il est resté une petite fistule à la partie postérieure de l'incision, fistule qui a cessé de suppurer quatre à cinq jours après l'enlèvement de l'appareil.

Du côté où l'opération a été pratiquée, on constate également vers la joue, une saillie molle que l'on peut attribuer à la rétraction de fibres musculaires dont les insertions

inférieures ont été détruites. Cette saillie du reste, n'est pas douloureuse et ne modifie guère la physionomie de l'enfant, parce que ce qui restait du maxillaire a conservé sa position normale.

Nous devons ajouter également que peu de jours après l'opération, le petit malade mangeait facilement, parlait correctement et ne perdait pas sa salive.

Au 28 janvier 1888, on écrit à M. Martin que l'enfant peut manger de la croûte de pain du côté de son appareil.

Après avoir porté cette pièce que nous venons de décrire, pendant dix-huit mois, comme nous l'avons dit, il persistait une légère fistule, due probablement à l'enfouissement profond de la portion postérieure de l'appareil dans les parties molles, difficiles par suite, à désinfecter. M. Martin, alors, le lui enleva. D'autre part, il était devenu trop petit à cause de la croissance de l'enfant; aussi résolut-on de remplacer cette pièce inamovible par une autre plus grande et celle-ci mobile.

A cet effet, M. Martin, après avoir enlevé la pièce pour s'en servir comme modèle, pria le malade de revenir le lendemain; il voulait la lui replacer en attendant que la seconde soit achevée.

Il revint le malade trente heures après, et à ce moment quel ne fut pas son étonnement, lorsqu'il s'aperçut qu'il lui était impossible de le mettre en place à cause d'un rétrécissement notable de la bouche, dû à la rétraction de toutes les parties qui supportaient la pièce primitive.

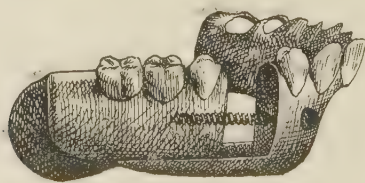


Fig. 15.

Il fut obligé de changer le dispositif de l'appareil. Comme

le fragment gauche commençait à se diriger du côté droit et que de ce côté l'appareil était trop court pour maintenir l'écartement, à cause du développement de l'enfant qui a beaucoup grandi, il résolut de ramener ce fragment vers la position qu'il devait occuper normalement. Pour cela, il construisit l'appareil représenté (*fig. 15*). Par le moyen d'une vis à laquelle il faisait faire un tour chaque jour, en moins de deux semaines il obtint le résultat qu'il désirait, c'est à dire un refoulement du fragment de un centimètre et demi.

L'écartement obtenu, on construisit un appareil pour maintenir les fragments dans cette dernière position. Celui-ci est fixé par des lames aux dents du côté gauche, et par des ressorts à une pièce palatine.

Au point de vue fonctionnel rien ne laisse à désirer. Mais quelques jours après, nous constatons les phénomènes suivants :

Lorsque la bouche est fermée, le menton occupe parfaitement sa place normale, mais il n'en est pas de même dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure ; à ce moment, on s'aperçoit d'une déviation notable du menton, se dirigeant du côté opéré. Pour remédier à cet inconvénient, M. Martin a résolu de guider ce mouvement d'abaissement par la mâchoire supérieure à l'aide de l'appareil représenté (*fig. 16*).



Fig. 16

Du côté gauche de cette pièce, on voit deux lames latérales fixées l'une à la plaque palatine, l'autre au maxillaire inférieur artificiel.

La lame fixée à ce dernier est en dehors de celle qui est adhérente à la plaque palatine et présente sa face interne à la face externe de l'autre. Il résulte de cette disposition que la mâchoire inférieure, en s'abaissant, ne peut nullement se porter latéralement. Ainsi se trouve corrigée cette déviation, qui produisait un très mauvais effet.

En juin 1888, nous revoyons ce malade. A ce moment, nous sommes obligé de faire à l'appareil quelques modifications nécessitées par l'éruption de la deuxième dentition.

Nous constatons en même temps une régularisation des traits de sa physionomie, à cause de l'affaissement de la saillie que nous avons signalée plus haut, au niveau de la joue.

Dans le mois d'octobre de la même année, nous avons présenté ce malade à la Société des sciences médicales de Lyon et à cette époque les résultats physiques et fonctionnels sont, on peut le dire, parfaits. L'enfant mastique très bien avec sa pièce, des aliments solides et même résistants. D'autre part, en faisant lire à haute voix ce petit malade, on fait constater la correction de la prononciation, et enfin les heureux résultats obtenus par cette méthode, ne se sont pas démentis vingt-huit mois après l'opération.

REVU LE 6 JUIN 1893. — Le malade dit n'éprouver aucune gêne pour la mastication de la viande, et même de la croûte de pain. Il dit même que s'il n'avait crainte de détériorer son appareil, il casserait très bien une noisette. La déglutition se fait d'une façon normale; cependant il lui arrive, quelquefois, de perdre sa salive pendant la nuit. Il n'éprouve aucune sensibilité particulière dans la bouche. La mastication s'effectue aussi rapidement que chez les autres personnes. La pression n'est douloureuse en aucun point. Quand l'enfant tient la bouche fermée, on s'aperçoit d'un très léger retrait du côté gauche. La région sus-hyoïdienne est un peu plus volumineuse que l'autre, mais cela tient à quelques ganglions. A droite, au niveau de la branche montante du maxillaire, on constate un léger renflement qui est dû à

l'extrémité sectionnée de la branche montante du maxillaire. Quand on lui fait ouvrir la bouche, on constate une légère déviation à gauche des lèvres, ce qui est dû à un peu de paralysie faciale. Le maxillaire inférieur paraît alors très légèrement en retrait sur le supérieur et il semble que l'appareil soit attiré un peu à droite. Quand l'enfant fait contracter ses muscles masticateurs et fait rapprocher ses deux maxillaires, on n'aperçoit aucune déformation.

Au point de vue de l'esthétique, à part la cicatrice qu'il porte à droite et qui est assez déprimée, on ne peut pas se douter qu'il y ait eu une perte de substance du maxillaire. Seule la pointe du menton paraît un peu déviée à droite.

Cette déviation du reste est moins due à une déformation du maxillaire qu'à la présence de quelques ganglions sous-hyoidiens. L'enfant ouvre la bouche autant qu'une autre personne. Il tire la langue un peu moins qu'à l'état ordinaire, mais celle-ci ne présente aucune déviation.

Réflexions. — Les quelques desiderata observés dans ce cas, sont là encore dus principalement à la croissance du petit malade et à son éloignement qui ne nous a pas permis de modifier ses pièces, aussi souvent que nous l'aurions désiré.

Il a porté son premier appareil 18 mois, ce qui est beaucoup trop.

Cela a certainement nui à la croissance de son maxillaire. Actuellement, si les résultats sont encore imparfaits, cela tient à ce que sa pièce est sensiblement trop petite. Sa langue, qui a subi comme le reste un accroissement, est beaucoup trop à l'étroit dans le fer à cheval de l'appareil. Aussi tient-il sa bouche souvent entr'ouverte et donne ainsi à sa lèvre une position un peu vicieuse. Avec une nouvelle pièce tous ces petits défauts disparaîtront.

OBSERVATION V

G... Marie, âgée de vingt et un ans, tisseuse, à la Tour-du-Pin (Isère).

Cette malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, n° 8, le 20 octobre 1886, pour une tumeur du maxillaire inférieur. Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie dans l'enfance. A la fin du mois de juin 1886, la jeune fille remarqua pour la première fois, siégeant à la face interne de la partie gauche du maxillaire inférieur et au niveau de l'avant-dernière molaire, une petite tumeur, faisant saillie du côté de la langue.

Cette tumeur d'ailleurs était indolore, mais elle ne tarda pas à augmenter de volume et à envahir par sa base d'implantation les parties voisines de l'os.

Lorsque la malade entre à Saint-Pierre, la tumeur a envahi la partie interne gauche du maxillaire inférieur, jusqu'à la ligne médiane. Elle soulève la langue et l'applique d'une façon continue en haut et en arrière, ce qui gêne notablement et la parole et la mastication. La tumeur est un peu ulcérée. L'appétit est conservé, santé générale assez satisfaisante. Rien au cœur ni aux poumons.

28 octobre 1886. M. le professeur agrégé Chandelux remplaçant M. le professeur Ollier fait la résection de toute la partie du maxillaire envahi. La section osseuse a porté du côté droit au niveau de la première petite molaire et du côté gauche au niveau de la deuxième grosse molaire.

M. Martin applique immédiatement un appareil prothétique. Celui-ci, représentant exactement la partie osseuse enlevée, est formé d'une portion alvéolaire et d'une partie correspondant au corps de l'os qui mesure soixante-quinze millimètres de longueur (*fig. 17*).

Cet appareil est, comme les précédents, fixé à l'os par des lames et des vis; mais pour lui donner plus de fixité, on a

ajouté un crochet qui vient entourer la petite molaire restant au fragment droit. Dans son épaisseur sont ménagés des canaux destinés aux irrigations antiseptiques.

La partie alvéolaire fut changée au mois de décembre 1886, contre une autre munie de dents. Ce changement fut opéré, dès que la malade n'eut plus besoin d'irrigations.

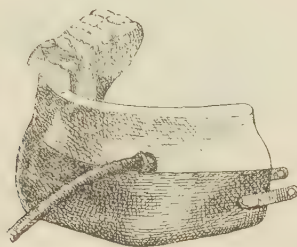


Fig. 17

Le 18 juin 1887, on enlève ce premier appareil et on le remplace par un autre ayant sensiblement la même forme, mais muni seulement de prolongements internes. Deux ressorts adaptés à une plaque palatine, viennent se fixer de chaque côté de la pièce prothétique pour la maintenir abaissée, surtout du côté gauche.

Le résultat fonctionnel fut excellent. La mastication se fait cependant plus facilement du côté du maxillaire osseux. la prononciation est à peu près normale, le malade ne perd pas sa salive et la physionomie est intacte.

Nous devons ajouter qu'au mois de juin 1887, on fut obligé de lui extraire du côté gauche, sa dent de sagesse qui venait de faire son évolution. Elle était devenue douloureuse, et présentait une carie avancée, les racines n'étaient pas complètement ossifiées.

Le 25 octobre 1887, la malade revint à l'hôpital pour faire un peu modifier son appareil. Nous constatons à ce moment

que le fragment gauche, qui a conservé toutes ses insertions musculaires, a été attiré en dehors et en haut par ses élévateurs et que le fragment droit est dévié du même côté. Ce déplacement a eu pour effet de changer les rapports des arcades dentaires et de détruire la régularité de la face.



Fig. 18.

Nous avons donc été obligé de modifier notre appareil, en remplaçant les prolongements qui le terminaient du côté gauche par une espèce de gouttière emboîtant toute la partie supérieure du fragment et devant, avec l'aide du ressort, le maintenir abaissé (*fig. 18*).



Fig. 19.

Cette modification qui eût très bien réussi au début, devint absolument insuffisante. Le fragment s'échappait à chaque instant de cette gouttière, et pour le maintenir, nous

fûmes obligés d'ajouter à notre appareil un prolongement placé à l'extrémité externe de la portion gauche. Il est en partie en caoutchouc durci, et en partie en caoutchouc mou. Il refoule en dedans, en le maintenant sous l'appareil, le fragment qui a toujours de la tendance à s'en échapper (*fig. 19*).

Nous n'avons obtenu ce résultat que très difficilement, ce qui n'aurait pas eu lieu, si nous avions prévu cette déformation.

En juin 1888, nous voyons notre opéré et rien de particulier n'attire notre attention, sauf la même déformation qu'à l'observation IV, c'est-à-dire une déviation du menton sur le côté gauche, lorsque la malade ouvre la bouche. Nous la revoyons au mois d'octobre pour attendre les résultats que donnera l'appareil que nous avons posé au jeune D..., appareil que nous avons essayé pour cette déviation.

Le 15 octobre, cette jeune fille vient nous voir ; la déviation ne s'est pas corrigée ; au contraire, elle s'est accentuée. Nous trouvons aussi que sa prononciation a changé : elle se sert moins bien de son appareil et nous apprenons qu'elle ne l'a presque pas porté.

Aussi, la déformation qui consiste en une dépression au-dessous et en avant de l'oreille, est-elle plus marquée. Cela tient à ce que le fragment a été attiré en avant. Notre malade trouve que sa mastication et sa prononciation sont plus défectueuses qu'auparavant, mais comme elle n'est pas douée d'une grande intelligence, elle n'a pas cherché à réagir. Toutefois, en présence des résultats obtenus par le nouvel appareil du jeune D..., elle consent à se laisser placer une pièce analogue. Trois jours après sa pose, la déviation était corrigée et cette jeune fille nous quitte en nous promettant de ne plus enlever son appareil.

Sur l'empreinte de sa bouche prise pour faire ce dernier appareil, nous remarquons que la voûte palatine s'est rétrécie de un millimètre et demi. Ce rétrécissement s'est produit dans les quatre mois pendant lesquels elle n'a pas porté son appareil.

Nous présentons cette jeune malade à la Société des Scien-

ces médicales dans la séance d'octobre 1888 en même temps que le jeune D.... Quoique, à ce moment, elle n'ait pas son dernier appareil, on constate néanmoins les avantages obtenus par la prothèse immédiate. En effet, à part un léger rétrécissement à la partie inférieure de la face, elle a une physionomie très régulière.



Fig. 20.

Ce rétrécissement a été corrigé dans son dernier appareil, comme le montre la photographie ci-jointe. Quant à la mastication et la prononciation, ces deux fonctions sont redevenues assez bonnes, et nous ne doutons pas qu'elles ne se rétablissent complètement, d'ici à peu de temps.

Malgré le port intermittent et peu régulier de son appareil, cette malade a néanmoins profité des avantages que fournit la prothèse immédiate.

En janvier 1889, elle nous écrit qu'elle s'est parfaitement habituée à son appareil et qu'actuellement sa mastication ne laisse rien à désirer. Elle nous adresse en même temps sa photographie. Nous en donnons la reproduction (*fig. 20*).

REVUE EN JUIN 1893. — Quand on regarde la malade de face l'on n'aperçoit aucune asymétrie ; seul le menton paraît un peu abaissé du côté gauche, mais ceci est dû aux parties molles :

Quand on la regarde suivant le profil droit, on aperçoit une légère dépression dans la région masséterine : du côté gauche cette dépression est encore un peu plus marquée, et c'est surtout le point infra-auriculaire qui est le plus en retrait. A la palpation il semble que le bord inférieur gauche du maxillaire descend moins bas qu'à droite. La région sous-mentonnière présente une large cicatrice déprimée et légèrement adhérente à l'os.

Quand la malade ouvre la bouche et la ferme on constate une régularité parfaite. Il n'y a pas de déviation ni d'un côté ni de l'autre.

Au point de vue fonctionnel, la malade mastique parfaitement ; la déglutition se fait sans gêne normalement. Elle ne perd pas sa salive même en dormant. La constriction des maxillaires s'effectue avec une force suffisante pour broyer non seulement de la croûte de pain, mais encore pour casser des noix. Le mouvement d'abaissement de la mâchoire est aussi étendu que normalement. La langue se projette en avant facilement. Lorsqu'on enlève l'appareil et que la bouche reste fermée, l'on n'aperçoit pas de déformation, seulement lorsque la malade écarte les mâchoires, on voit que le fragment droit est légèrement attiré à gauche, ce qui porte le menton dans la même direction.

Lorsque la malade n'a pas son appareil, elle éprouve une gêne sensible, soit pour garder sa salive, soit pour parler.

Réflexions. — Cette malade, que nous n'avions pas revue depuis cinq ans, nous donne entière satisfaction. Comme on l'a vu dans l'observation, à un moment donné, elle avait quitté son appareil ; c'est alors que s'est produite la déformation préauriculaire et que sa mastication est devenue défectueuse. Après la modification si heureuse que nous avons déjà appliquée à l'enfant D. et à elle, la phonation, la mastication sont redevenues bonnes.

Des mensurations soigneuses nous avaient permis de constater que sa mâchoire supérieure s'était rétrécie, au moment où elle avait cessé de porter son appareil. Depuis qu'elle s'est remise à le porter, il ne s'est plus produit de modifications.

Quant à la dépression préauriculaire elle est due au rapprochement des deux fragments restés libres et nous pourrions facilement la combattre en ajoutant à son appareil de longues ailettes à sa partie latérale interne.

OBSERVATION VI

N. J. M... âgé de onze ans (Isère).

Entré à la Charité salle Saint-Augustin, 3, service de M. le professeur agrégé Levrat, pour une tumeur du maxillaire inférieur, le 13 septembre 1888.

Opéré au commencement d'octobre, la résection a porté sur la face antérieure du maxillaire inférieur, c'est à dire juste en avant de la première molaire permanente de chaque côté.

Nous lui plaçons un appareil qui correspond à toute cette partie du fer à cheval. Il est composé d'une partie inférieure

du corps de l'os et de la partie alvéolaire. Cet appareil était muni de canaux d'irrigation ; il était maintenu aux fragments osseux par quatre lames en acier étamé, lesquelles étaient vissées aux os.

Les suites de l'opération furent très simples.

Pas de température.

Le 26 novembre, nous lui enlevons la partie alvéolaire de son appareil qui était tout en caoutchouc, pour lui en placer un autre qui avait des dents.]

A ce moment, ce petit malade présentait ceci de particulier, c'est que sa lèvre inférieure, sans être paralysée n'avait pas de tonicité ; elle était retombée en dessous de l'appareil, comme le représente la figure suivante, ce qui ne lui permettait pas de retenir sa salive.

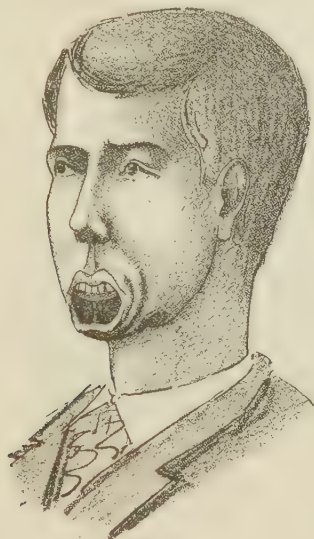


Fig. 21

Espérant que ceci se modifierait avec le temps, nous le laissâmes partir, en lui faisant promettre de revenir deux ou trois mois après, et nous lui placions en fronde, une petite bande de caoutchouc pour lui soutenir la lèvre et le menton qui étaient sur le même plan.

Au mois de janvier suivant, c'est à dire en 1889, nous revîmes ce petit malade, dont la situation s'était peu modifiée ; sa lèvre cependant était un peu remontée et il perdait un peu moins sa salive.

Bien que notre appareil ne dépasse pas l'arcade dentaire supérieure, nous le lui dévissâmes, afin de pouvoir le diminuer, attribuant cette déformation à son volume. D'ailleurs nous n'avions plus de raisons pour lui conserver sa pièce primitive. La cicatrisation était parfaite, et même, si nous l'avions laissé si longtemps, c'est que nous ne voulions pas lui placer une plaque à la mâchoire supérieure pour maintenir la pièce inférieure. Nous voulions consolider celle-ci en plaçant simplement deux crochets qui seraient venus prendre un point d'appui aux deux grosses molaires.

Cependant en présence de cette difformité qui empêchait ce petit malade de très bien se nourrir, sa lèvre inférieure ne fonctionnant pas, et sa parole étant difficile, nous fûmes obligé de l'enlever, et nous fîmes une pièce un peu plus petite, fixée par des ressorts à la voûte palatine, espérant que sa lèvre allait récupérer immédiatement toutes ses fonctions. Le malade retourna chez lui, en conservant toujours sa bande de caoutchouc.

A ce moment il ne perdait sa salive que lorsqu'il était couché, mais il mangeait encore difficilement, quoique sa lèvre se soit bien modifiée. L'occlusion ne se faisait que très difficilement comme le montre la figure 22, mais il y avait cependant une grande amélioration.

Nous le revoyons en avril 1890. Nous lui faisons un nouvel appareil qui était maintenu seulement par les dents de la mâchoire inférieure. A ce moment la prononciation était bien meilleure, il se nourrissait mieux, mais sa lèvre avait encore quelque difficulté à faire une occlusion complète.

Les années suivantes les améliorations s'accroissent et voilà la situation dans laquelle nous le trouvons aujourd'hui, en juin 1893.

Aspect extérieur. — Parfaitement régulier, sauf une légère dépression en masse vers la branche montante gauche. (Dépression préauriculaire). Le menton est un peu

plus pointu que normalement. Quand le malade ouvre la bouche avec l'appareil, l'articulation de la mâchoire inférieure est un peu en retrait sur la supérieure. Pas de déviation latérale dans les mouvements de mastication.



Fig. 22

Fonctions. — Mastication parfaite. Il n'ose pas manger de la croûte un peu dure, dans la crainte de casser son appareil.

Pas de gêne de la déglutition. Il a perdu pendant un certain temps sa salive, mais maintenant la garde parfaitement, même pendante sommeil. Aucun gêne pour la phonation.

Parle mieux avec l'appareil. Mange un peu plus lentement que les autres. .

Quand il l'enlève, le menton paraît plus pointu encore par rapprochement des deux fragments.

Point de douleur ou point d'application de l'appareil. Aucune trace de récidence.

Sensibilité bien conservée au pourtour de la bouche. Quand l'enfant siffle, il n'y a pas de déviation des commissures.

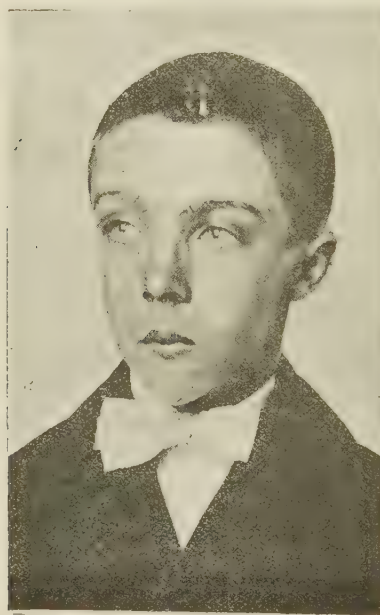


Fig. 23

Cinq ans après l'opération.

Il ouvre la bouche aussi grande que normalement.

La projection de la langue en avant est aussi normale. Quelques gros ganglions dans la région sus-hyoidienne, Résultat excellent.

Quand l'enfant n'a pas son appareil, ses parents disent qu'il parle très mal et qu'ils ne peuvent le comprendre.

Réflexions. — La figure que nous donnons de ce petit malade cinq ans après son opération nous montre qu'il ne laisse rien à désirer au point de vue de l'esthétique. Sa lèvre est devenue tout-à-fait normale et toutes les fonctions qui lui sont dévolues s'exécutent très bien. Il parle bien et peut même siffler facilement. Si ce jeune homme ne peut pas manger la croûte un peu dure du pain, cela tient à son système dentaire qui est très défectueux. Il n'a pour ainsi dire pas de molaires. Les dents sont en outre complètement cariées et dépourvues de tous soins, comme on l'observe en général chez tous les enfants qui viennent dans les hôpitaux.

On remarque cependant que ses maxillaires se sont bien développés et que la mâchoire supérieure dépasse l'inférieure. Comme cette dernière est formée à sa partie antérieure par l'appareil qui date de trois ans, et qui est actuellement trop petit, il a donc fallu que la supérieure prenne un développement plus grand pour que l'inférieur soit en retrait.

Nous en avons encore la preuve par la mensuration des moulages que nous avons comparés.

OBSERVATION VII

Jeanne P... 19 ans, couturière, entre salle Saint-Paul le 2 mars 1878.

Il y a quinze mois, la mère de la malade a présenté une

tumeur du maxillaire, très douloureuse, de deux mois d'évolution, et après résection de l'os, elle jouit actuellement d'une bonne santé.

Quant à la malade qui nous occupe, le début de son affection remonte à douze ans, deux ans après avoir reçu un coup, un peu au-dessous de l'angle de l'œil droit. La tumeur paraît avoir débuté par le sinus.

Pendant cinq ans, elle fut limitée au maxillaire supérieur. Cette partie du visage était manifestement défigurée, mais non douloureuse. Il y a deux ans, la tumeur s'étendit et gagna le maxillaire inférieur. Enfin depuis trois mois les progrès sont plus actifs et la tumeur, bornée du côté droit, a gagné la partie gauche. Actuellement, tumeur à droite du menton, présentant au toucher des irrégularités. Au niveau du maxillaire supérieur, la peau est mobile, la tumeur dépend de l'os et des gencives. Lorsqu'on fait ouvrir la bouche, on est frappé de l'absence des dents antérieures, qu'elle s'est fait successivement arracher croyant que c'était la cause de son mal. On voit une tumeur occupant les maxillaires inférieur et supérieur droits. A gauche, sur le maxillaire inférieur, elle ne s'étend guère au-delà de la première grosse molaire. A droite, ses limites vont plus loin et atteignent presque la branche montante. Au maxillaire supérieur, on la limite moins facilement, quoiqu'elle paraisse s'étendre jusqu'aux palatins.

Peu de gêne dans la mastication, presque pas dans la parole, les muscles de la langue ne sont pas tout à fait normaux, santé généralement bonne.

Le 23 mars 1878, Létievant commença à intervenir chez cette malade, en lui réséquant toute la portion du maxillaire inférieur qui s'étend de l'angle droit à la deuxième molaire gauche. La malade, dont l'état général paraissait bon, prit néanmoins trois syncopes pendant l'opération. Pour ne pas prolonger celle-ci Létievant ne jugea pas à propos de nous laisser appliquer l'appareil que nous avions préparé.

Le 25 mars, l'état de cette malade s'étant amélioré, on procéda à la résection du maxillaire supérieur qui porta sur toute la portion étendue entre la petite incisive droite et la tubérosité du même côté. Pendant l'opération, plusieurs

syncopes se reproduisirent, ce qui détermina encore Létievant à abandonner une prothèse immédiate.

Deux mois après la deuxième opération, la malade présentait une déformation de la face assez notable due à la réaction cicatricielle qui n'avait été combattue par aucun appareil pour les raisons précitées. Le menton était en retrait. Le fragment latéral gauche avait été attiré en dedans et la seule dent qui restait venait ulcérer le palais. Il résultait de ce fait que la cavité buccale était fortement rétrécie (*fig. 24*).



Fig. 24.

Pour combattre cet état, nous avons commencé par redresser le fragment inférieur, tentative qui a parfaitement réussi.

Nous avons eu de grandes difficultés à ramener ces fragments, n'ayant qu'une dent pour maintenir l'appareil de redressement. Nous n'avons obtenu ce résultat qu'au bout de trois mois, parce que l'appareil étant trop mobile, ne se maintenait pas en place et n'avait d'action que lorsque la malade y portait toute son attention (*fig. 25*).

A la suite de ce redressement, la seule dent qui lui restait put s'articuler avec la dent correspondante supérieure; la

malade put mastiquer et l'écoulement de la salive, si abondant au début, a bien diminué aujourd'hui.

Nous lui fîmes alors un appareil composé d'une pièce inférieure et d'une supérieure.

La supérieure était construite de façon à combler la cavité laissée par la résection.

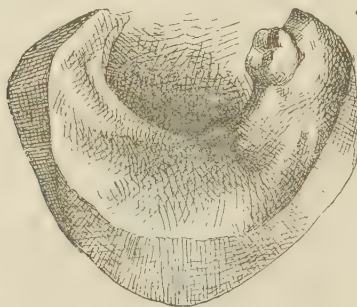


Fig. 25

Un ressort posé du côté droit maintenait, en le refoulant, le fragment gauche à sa place. A la suite de la pose de ces appareils, la salive a encore continué pendant un an à s'écouler de la cavité buccale, lorsque la malade ne prenait pas un soin tout particulier pour la retenir; mais après ce temps, elle a vécu de la vie ordinaire. La mastication était bonne et la déglutition normale, la parole parfaitement compréhensible. Elle resta dans cet état jusqu'en 1886.

A ce moment, elle vint nous voir pour une petite gêne que lui causait l'appareil usé. La figure est beaucoup moins régulière qu'au début, ce qui est dû à la rétraction des tissus; car n'ayant pu suivre cette malade assidûment nous n'avons pu modifier ses appareils quand cela eût été nécessaire. Il y a eu un affaissement du côté de la mâchoire

inférieure et de la lèvre correspondante. On remarque, malgré cela, que le menton a toujours été maintenu sur la ligne médiane.

On lui répare son appareil.



Fig. 26.

Mais plus tard, la malade revint nous voir et nous raconta que la seule dent qui lui restait, s'étant cassée trois mois après sa dernière visite, son appareil n'avait plus de solidité. Consécutivement les dents de la mâchoire supérieure se sont déviées fortement, ce qui donne à la physionomie un aspect assez bizarre, comme le montre la reproduction photographique (*fig. 26*).

En présence des déviations et altérations que présentaient les dents, nous avons jugé à propos de les sacrifier.

Ensuite nous avons construit un appareil destiné à combattre les déformations de la face, tout en remplissant le rôle de dentier ordinaire.



Fig. 27

Onze ans après la résection du maxillaire supérieur droit et du maxillaire inférieur du même côté.

La photographie 27 montre l'excellent résultat que nous avons obtenu.

La figure 28 représente le moule de la mâchoire supérieure. La perte de substance est limitée à droite par la

bride cicatricielle qui part du voile du palais pour aller se terminer à la partie antérieure du maxillaire resté sain.

Elle offre à l'appareil un point d'appui qui aurait pu suffire à sa fixation, si nous n'avions pas été obligé de lui adjoindre des ressorts pour maintenir la pièce de la mâchoire inférieure.

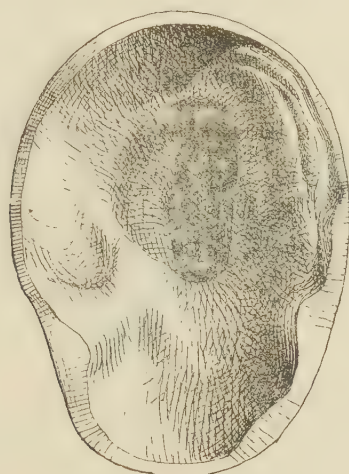


Fig. 28

La cavité que l'on voit sur ce moule est comblée par l'appareil suivant (fig. 29).



Fig. 29

Celui-ci comme les appareils définitifs pour le maxillaire

supérieur est constitué par deux parties, l'une destinée à combler la perte de substance, en caoutchouc mou, et creux, venant se fixer sur la seconde qui se compose d'une plaque en aluminium s'étendant jusqu'au voile du palais et munie de dents. Toutefois du côté réséqué, la partie alvéolaire est volumineuse afin de donner à la joue son relief habituel.



Fig. 30

La figure 30 représente le moule de la mâchoire inférieure formé du côté gauche par le fragment osseux et du côté droit par une bride cicatricielle qui a conservé la disposition donnée par les appareils précédents. L'état actuel permet l'adaptation d'un appareil qui a toute l'étendue d'une mâchoire, et qui donne à la physionomie un aspect assez régulier.

REU EN JUILLET 1893. — On remarque une assez forte dépression à droite, due à l'attraction de la branche montante, en dedans. (Dépression pré-auriculaire). Il existe une cicatrice très marquée à droite sous le menton qui est un peu en retrait.

L'arcade artificielle inférieure est un peu en arrière sur la supérieure.

La saillie du menton est un peu effacée.

Avec l'appareil la parole est très bien articulée.

On constate de gros ganglions sous le menton et un peu d'hyperostose au niveau du point où l'appareil supérieur est appliqué sur ce qui reste du maxillaire correspondant. La malade casse facilement la croute de pain et même des noix avec son appareil. L'ouverture de la bouche et la traction de la langue se font bien.

Quand l'appareil est enlevé le menton disparaît.

On trouve une petite bride muqueuse reliant les deux fragments osseux.

Quand la malade n'a pas son appareil, il est impossible de la comprendre parler. Il existe une légère asymétrie dans la physionomie. La moitié gauche de la face est un peu plus volumineuse que la partie droite. D'ailleurs sa physionomie n'a pas changé depuis 1889 où l'on a pris sa photographie.

Réflexions. — En suivant bien tous les détails de cette observation, on voit qu'il ne faut jamais désespérer d'améliorer les difformités de la face, résultant de pertes de substances même considérables.

En présence d'appareils spéciaux, les tissus sur lesquels ils se reposent, ne s'enflamment pas et résistent très bien aux pressions même exagérées.

En effet cette malade qui n'a que deux petits fragments de son maxillaire inférieur, casse des noix avec sa pièce. Dans ce cas, il est bien certain que ce ne sont pas les parties osseuses qui supportent la prothèse, mais exclusivement les parties molles.

Au point de vue de l'esthétique, nous avons droit d'être satisfait. Nous n'avons pas fait de cette femme une Vénus, mais néanmoins comme on a pu le constater par sa

photographie elle est encore présentable. Ce résultat excellent montre aussi une absence de récurrence après 15 ans.

OBSERVATION VIII

Opération par M. ROCHET à l'obligeance de qui nous devons
cette observation

J... L..., à Sercy, canton de Burgy (Saône-et-Loire).

Agé de 50 ans, entré dans le service de M. Poncet, que j'avais l'honneur de suppléer en février 1890; il présenta au maxillaire supérieur dans la partie correspondant au milieu du fer à cheval, une récurrence d'épithélioma. La tumeur primitive était apparue trois ans auparavant et avait débuté par la partie latérale gauche de la lèvre supérieure, sous forme d'une surface verruqueuse bourgeonnante, de la dimension d'une amande à peu près.

Opéré il y a deux ans environ, il y avait eu récurrence une première fois dans la cicatrice. Il fut réopéré il y a une dizaine de mois, mais toujours en sacrifiant les parties molles de la lèvre inférieure, sans toucher à l'os sous-jacent.

Actuellement une nouvelle récurrence est apparue. Voici sous quelle forme : Sa lèvre inférieure en totalité (ou du moins les téguments qui ont déjà servi à constituer cette lèvre) est remplacée en hauteur et en largeur, par une surface bourgeonnante sanieuse avec ichor fétide, d'aspect manifestement cancéreux. Les végétations de la tumeur ont envahi également la partie médiane du maxillaire inférieur et adhèrent intimement à la face externe de cet os, en dessinant une sorte de demi-lune à concavité supérieure, descendant jusqu'à un centimètre environ du bord inférieur de la symphyse et s'étalant sur les parties latérales jusque

près des lignes des commissures. Les dents sont ébranlées au niveau de la tumeur, et leurs parois alvéolaires plus ou moins érodées, mais il ne manque aucune incisive et les canines inférieures persistent également. L'os du reste ne paraît pas épaissi et infiltré en totalité, c'est sa face externe seule qui participe à la végétation cancéreuse.

L'intervention avec sacrifice de toute la partie médiane du fer à cheval est décidée quoique les téguments semblaient pauvres d'étoffe, envahis qu'ils étaient sur une large étendue par l'infiltration épithéliomateuse, etc., tandis qu'ils l'étaient aussi par les lambeaux qu'on leur a déjà empruntés dans les opérations précédentes; mais il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire bien volumineux (quelques petites glandes mobiles seulement sous la mâchoire). L'état général du malade est excellent et les parties latérales du maxillaire, ainsi que la face interne de l'os et le plancher buccal paraissent tout-à-fait sains.

L'opération est pratiquée en mars 1890.

La tumeur est circonscrite par trois incisions (deux verticales et latérales, une inférieure et horizontale, réunissant les extrémités inférieures des précédentes et dessinant avec elle une sorte d'U), les incisions sont faites à un bon centimètre et demi de la zone de végétation, de façon à porter autant que possible en tissu sain. Puis, après une légère dissection des lèvres externes de l'incision en U, on attaque le maxillaire inférieur par deux traits de scie verticaux, portant au niveau des canines inférieures, et après arrachement des dents correspondantes.

Le bloc osseux médian une fois enlevé, on constate que la section osseuse a largement dépassé les limites du cancer et que la surface de section est absolument saine. Restait la perte de substance à combler. Pour le faire, on prend un lambeau sus-hyoïdien en prolongeant la branche gauche de l'U obliquement sur la peau sus-hyoïdienne. De cette façon, on taille par dissection un lambeau sus-hyoïdien qu'on vient remonter au devant de la brèche osseuse, la partie horizontale U venant servir à reconstituer une nouvelle lèvre inférieure. On prend ensuite de chaque côté les commissures, sur une distance de un centimètre et demi

environ et horizontalement, de manière à agrandir l'orifice buccal et à reborder de muqueuses ses parties latérales. Avant de fixer le lambeau sus-hyoïdien dans de nouvelles positions, M. Martin applique son appareil prothétique... suivant les principes habituels.

Le tube à irrigation de la pièce de prothèse ressort par l'orifice buccal ; à la face interne de l'appareil on attache la pointe de la langue, et un drain est placé à la partie inférieure de la plaie dans l'espace laissé libre par le déplacement en haut du lambeau sus-hyoïdien.

Les suites opératoires immédiates furent très simples. De soigneux lavages par le drain inférieur et par le tube annexé à l'appareil de prothèse évitèrent toutes complications inflammatoires ou septiques. L'appareil fut très bien supporté et le lambeau appliqué à sa surface se greffa sans accident, en reconstituant, dans les premiers temps du moins, une lèvre inférieure très satisfaisante et épaisse.

Cependant au bout de quelques mois, ce lambeau s'amincit, s'atrophie comme il arrive toujours quand ces autoplasties ne sont pas doublées de muqueuse, et commença à se rétracter surtout par sa pointe gauche, en découvrant peu à peu la pièce prothétique sous jacente.

La forme de l'orifice buccal restait toujours régulière, mais la nouvelle lèvre ne remontait plus assez haut pour recouvrir entièrement la pièce artificielle. Le malade continuait d'ailleurs à bien supporter celle-ci. La mastication, la déglutition et même la parole étaient peu gênées, mais la salive n'étant plus retenue par le contact des deux lèvres, s'écoulait en grande partie au dehors. Rien n'eut été plus facile que de remonter le lambeau atrophie par une nouvelle dissection de sa partie inférieure, mais j'avais quitté le service et n'eus pas le loisir de refaire de suite cette petite opération complémentaire.

Le malade quitte l'hôpital quinze mois après son opération, ayant engraisé et ne présentant aucune trace de récidive locale. J'espère le revoir et lui refaire une lèvre inférieure mieux étoffée. Ce qu'il importe de retenir, c'est :

1° La non récidive au bout d'un temps assez long pour une grosse tumeur récidivée deux fois déjà.

2° La tolérance parfaite de l'appareil prothétique qui permet la mastication, la déglutition et même l'usage de la langue pour un langage un peu pâteux peut-être, mais très compréhensible.

Rentré une troisième fois le 23 Avril 1890, salle St-Joseph, lit n° 10, service de M. le Dr Poncet. Réopéré une troisième fois au mois d'Août pour la restauration de sa lèvre. A cet effet sa pièce dentaire ayant été sortie de la bouche, il a été impossible de la replacer, après la cicatrisation, les deux fragment s'étaient resserrés.

On a dû lui faire un appareil spécial pour l'écartement des deux branches du maxillaire. Sorti de l'hôpital avec cet appareil le 24 Mai 1891, après avoir subi une dernière opération pour restaurer sa lèvre.

Rentré pour la quatrième fois, le 4 Septembre 1891, salle St.-Joseph n° 25. Pose d'un nouvel appareil avec dents le 15 Septembre 1891.

REVU LE 21 JUIN 1893. — Quand le malade a son appareil le seul point qui frappe extérieurement, c'est la chute de la lèvre inférieure, qui a considérablement diminué d'épaisseur et qui ne présente pas de contractilité, étant formée en majeure partie par des tissus de la région sus-hyoïdienne. Chez ce malade, il n'y a pas de dépression pré-auriculaire, mais quelques ganglions dans la région sus-hyoïdienne.

Quand on touche son menton, on sent une profonde dépression entre les deux fragments et l'appareil passe au dessus.

Quand le malade ouvre et ferme la bouche l'articulation paraît normale ; la projection de la langue en avant est un peu gênée.

Quand il sort son appareil et qu'il ferme la bouche, on voit les fragments se rapprocher surtout du côté gauche, et l'articulation ne se fait plus. Il porte toute sa barbe, et grâce à elle la déformation du menton n'est pas appréciable. On ne constate aucun point enflammé ni suspect au niveau des points où appuie l'appareil.

Le malade déclare qu'il ne peut pas manger la croûte de pain. Il perd sa salive, ce qui est dû non pas à la perte de

substance du maxillaire, mais au défaut de contractilité de la lèvre inférieure.

La sensibilité paraît à peu près intacte. Le malade déclare ne pas pouvoir articuler les sons lorsqu'il est privé de son appareil.

Réflexions. — Cette observation vient à l'appui de ce que nous avons dit des déformations pré-auriculaires. Elles n'existent pas ici parce que les fragments ont pu être retenus facilement à leur place respective, grâce aux dents dont ils étaient porteurs.

Quant à la dépression qui existe à la région mentonnière, elle est due à ce que le malade a dû quitter son appareil pendant une quinzaine de jours, lorsqu'on a voulu lui restaurer sa lèvre inférieure. On avait négligé de remplacer l'appareil avant de faire les sutures et après cela devint impossible.

On a dû laisser s'effectuer la cicatrisation et plus tard ce n'est que péniblement que l'on a pu ramener les fragments à peu près à leur place normale et interposer un appareil plus petit que le premier.

Pendant la manœuvre d'écartement des fragments, il s'est produit une dépression très marquée entre ceux-ci. L'appareil masque bien celle qui existe entre les bords alvéolaires, mais laisse persister celle qui correspond au bord inférieur du menton. Au reste la barbe cache parfaitement cette déformation qu'on aurait pu éviter en ne suspendant pas le port de l'appareil.

La dépression sous-mentonnière est l'analogue de celle qui se produirait, si, comme le conseille Boenecken, on plaçait simplement un fil métallique pour écarter les

fragments. L'absence de musculature de sa lèvre inférieure est largement suffisante pour expliquer les difficultés que ce malade rencontre au point de vue de la conservation de la salive, et de la difficulté qu'il a à articuler des paroles. Quant à la mastication, elle est certainement destinée à s'améliorer avec l'habitude.

Cette observation présente encore un grand intérêt au point de vue de la non récurrence.

CONCLUSIONS

1° Les résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur sont bien supérieurs encore à ceux que l'on observe au début de l'intervention.

2° La mastication, la phonation, vont en s'améliorant à mesure que l'on s'éloigne du moment où la première pièce a été posée.

3° Chez les enfants, si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants, il faut souvent modifier ou changer leur appareil, ce qui est en rapport avec la croissance du maxillaire et avec l'évolution de la deuxième dentition.

4° Quand l'ablation d'un néoplasme du maxillaire inférieur est complète, on peut appliquer sans crainte une prothèse immédiate et jamais celle-ci ne favorisera la récurrence si les limites du mal ont été dépassées.

5° Le caoutchouc vulcanisé est la substance qui réunit toutes les qualités nécessaires pour la prothèse en question. Il n'irrite pas les tissus, il est facile à désinfecter, il n'est pas trop lourd, ce qui permet d'employer des pièces volumineuses.

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
OLLIER

Permis d'imprimer
LE RECTEUR,
EM. CHARLES

Lyon, le 22 juillet 1893.
